

Universidad de Costa Rica

Facultad de Medicina

Escuela de Enfermería

**Trabajo Final de Graduación bajo la modalidad de
Práctica Dirigida**

“Programa de enfermería en autogestión para fortalecer las habilidades de autorregulación en personas funcionarias del Centro de Investigación en Contaminación Ambiental (CICA) de la Universidad de Costa Rica”

Proponentes:

Mariangel Hidalgo Araya B43396

Stéfany Ortiz Ramírez B45086

Directora:

Dra. Ana Laura Solano López

2021



ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN

Sesión del Tribunal Examinador, celebrada el día **11 de febrero 2021**, con el objeto de recibir el informe oral del (la) estudiante **Mariangel Hidalgo Araya**, carné **B43396**, quien se acoge al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación, bajo la modalidad de **Práctica Dirigida**, para optar el grado de **Licenciada en Enfermería**.

Están presentes los (las) siguientes miembros del Tribunal:

Ana Laura Solano López, Directora
Karol Blanco Rojas, Lectora
Vivian Vilchez Barboza, Lectora
Alejandra Marín Hoffman, Quinto miembro
Shirley Vargas Chaves, Preside

ARTICULO 1

El (la) Presidente informa que el expediente de **Mariangel Hidalgo Araya** contiene todos los documentos de rigor, incluyendo el recibo de pago de los derechos de graduación. Declara que el (la) Postulante cumplió con todos los demás requisitos del plan de estudios correspondiente y, por lo tanto, se solicita que proceda a hacer la exposición.

ARTICULO 2

El (la) Postulante **Mariangel Hidalgo Araya**, hace la exposición oral de su trabajo final de graduación, titulado: **“Programa de enfermería en autogestión para favorecer las habilidades de autorregulación en personas funcionarias del Centro de Investigación en Contaminación Ambiental (CICA) de la Universidad de Costa Rica”**

ARTICULO 3

Terminada la disertación, los (las) miembros del Tribunal Examinador interrogan al Postulante, durante el tiempo reglamentario y, una vez concluido el interrogatorio, el Tribunal se retira a deliberar.



Pág.2 de 2

ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN
11 de febrero 2021

ARTICULO 4

El Tribunal considera el trabajo final de graduación satisfactorio y le confiere la calificación de:

Aprobado

ARTICULO 5

El (la) Presidente del Tribunal comunica al Postulante el resultado de la deliberación y lo (a) declara acreedor (a) al grado de **Licenciada en Enfermería**.

Se le indica la obligación de presentarse al acto público de juramentación, al que será oportunamente convocado(a).

Se da lectura al acta, que firman los (las) Miembros del Tribunal y el (la) Postulante, a las **dieciseis** horas.

Ana Laura Solano López, Directora

Karol Blanco Rojas, Lectora

Vivian Vilchez Barboza, Lectora

Alejandra Marín Hoffman, Quinto miembro

Shirley Vargas Chaves, Preside

Postulante

Cc Oficina de Registro
Expediente
Postulante





ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN

Sesión del Tribunal Examinador, celebrada el día **11 de febrero 2021**, con el objeto de recibir el informe oral del (la) estudiante **Stefany Ortiz Ramírez**, carné **B45086**, quien se acoge al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación, bajo la modalidad de **Práctica Dirigida**, para optar el grado de **Licenciada en Enfermería**.

Están presentes los (las) siguientes miembros del Tribunal:

Ana Laura Solano López, Directora
Karol Blanco Rojas, Lectora
Vivian Vilchez Barboza, Lectora
Alejandra Marín Hoffman, Quinto miembro
Shirley Vargas Chaves, Preside

ARTICULO 1

El (la) Presidente informa que el expediente de **Stefany Ortiz Ramírez** contiene todos los documentos de rigor, incluyendo el recibo de pago de los derechos de graduación. Declara que el (la) Postulante cumplió con todos los demás requisitos del plan de estudios correspondiente y, por lo tanto, se solicita que proceda a hacer la exposición.

ARTICULO 2

El (la) Postulante **Stefany Ortiz Ramírez**, hace la exposición oral de su trabajo final de graduación, titulado: **“Programa de enfermería en autogestión para favorecer las habilidades de autorregulación en personas funcionarias del Centro de Investigación en Contaminación Ambiental (CICA) de la Universidad de Costa Rica”**

ARTICULO 3

Terminada la disertación, los (las) miembros del Tribunal Examinador interrogan al Postulante, durante el tiempo reglamentario y, una vez concluido el interrogatorio, el Tribunal se retira a deliberar.





Pág.2 de 2

ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN
11 de febrero 2021

ARTICULO 4

El Tribunal considera el trabajo final de graduación satisfactorio y le confiere la calificación de:

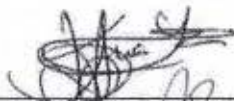
Aprobado

ARTICULO 5

El (la) Presidente del Tribunal comunica al Postulante el resultado de la deliberación y lo (a) declara acreedor (a) al grado de **Licenciada en Enfermería**.

Se le indica la obligación de presentarse al acto público de juramentación, al que será oportunamente convocado(a).

Se da lectura al acta, que firman los (las) Miembros del Tribunal y el (la) Postulante, a las **dieciseis** horas.




Ana Laura Solano López, Directora




Karol Blanco Rojas, Lectora




Vivian Vilchez Barboza, Lectora



Alejandra Marín Hoffman, Quinto miembro



Shirley Vargas Chaves, Preside



Postulante

Cc Oficina de Registro
Expediente
Postulante



Dedicatoria

A nuestras familias por su gran apoyo en el proceso de convertirnos en enfermeras y a nosotras, por el esfuerzo que implicó alcanzar esta meta.

Con cariño,
Stefany y Mariangel

Agradecimientos

A Dios por permitirnos estar aquí y por poner a las personas idóneas en nuestros caminos para hoy ser enfermeras.

A nuestras familias por su apoyo incondicional en este proceso.

A la profesora Ana Laura Solano, por aceptar ser parte del equipo, por su tiempo, paciencia y disposición.

A nuestros compañeros de prácticas clínicas, profesores e instructores clínicos por su confianza, paciencia y apoyo.

Al personal del CICA por su activa participación en el programa.

Stefany y Mariangel

Resumen

Introducción: Las personas pasan gran parte de su tiempo en los lugares de trabajo, por eso son espacios idóneos para la educación en comportamientos que promuevan la salud. Es necesario impulsar la capacidad que tiene cada una de ellas para cuidar su propia salud, es decir su autogestión. La autogestión corresponde al fenómeno por el cual las personas controlan y son responsables en el manejo de los comportamientos en salud. La autorregulación es un proceso integral para comprometerse con estos comportamientos de autogestión e incluye habilidades como: establecer metas, automonitorización, pensamiento reflexivo, toma de decisiones, planeación y acción, auto evaluación y control de emociones, siendo estas herramientas aptas para la promoción de la salud.

Objetivo: El objetivo de esta práctica dirigida fue desarrollar un programa de enfermería de autogestión que fortalezca las habilidades de autorregulación en las personas funcionarias del Centro de Investigación y Contaminación Ambiental (CICA) de la Universidad de Costa Rica. El programa se sustentó en la Teoría de Enfermería de Autogestión Individual y Familiar de Ryan y Sawin (2009).

Metodología: El programa de enfermería se realizó de manera virtual, siguiendo las fases de la práctica dirigida en conjunto con las etapas del proceso de enfermería, utilizando la taxonomía NANDA-NOC-NIC. Para detectar las necesidades de la población se realizó la valoración por medio de un grupo focal y los cuestionarios Estilo de Vida II y el Índice de Autorregulación. Además, para la priorización de las etiquetas diagnósticas se empleó la Red de Razonamiento Lógico del Modelo ÁREA. La etapa de planeación se realizó tomando en cuenta enfoques orientados hacia el aprendizaje de las personas adultas de Malcom Knowles (2015) y las características específicas de la población.

Resultados: Participaron seis hombres y nueve mujeres adultas con funciones administrativas, de investigación y estudiantes asistentes del CICA. Los diagnósticos prioritarios giraban en torno a la disposición para mejorar la toma de decisiones, el poder, la resiliencia, la nutrición y el autocuidado, así como al manejo del estrés por sobrecarga y el afrontamiento ineficaz. Se realizaron seis sesiones virtuales de una hora cada una, en las cuales se abordaron temas como: habilidades de autorregulación, gestión del tiempo, técnicas de relajación y para mejorar el sueño, alimentación saludable y autoconocimiento. Se

utilizaron las habilidades de autorregulación como eje transversal en todas las sesiones. Al finalizar el Programa se evidenció un cambio positivo en las habilidades de autorregulación como el establecimiento de objetivos, automonitorización y autoevaluación.

Conclusión: El realizar este programa permitió evidenciar la importancia que tienen este tipo de intervenciones de autogestión en los centros de trabajo y la capacidad de los y las profesionales en enfermería para llevarlo a cabo de manera exitosa. Las habilidades de autogestión son cruciales para la futura adopción de comportamientos de autogestión que darán como resultado un mejoramiento en la salud integral de las personas trabajadoras. Programas de este tipo no solo generan beneficios a los funcionarios individuales, sino también a la institución y sus familias.

Palabras clave: educación en enfermería, automanejo, autocontrol, adulto, promoción de la salud, programa, estrategias de salud.

Abstract

Introduction: People spend most of their time in the workplace, which is an ideal space for education in behaviors that promote health. It is necessary to boost the capacity of each of them to take care of their own health, their self-management. Self-management corresponds to the phenomenon by which people control and are responsible in the management of healthy behaviors.

Objective: The objective of this graduation paper was to develop a nursing program of self-management that strengthens the abilities of self-regulation in the workers of the Environmental Contamination Investigation Center (CICA in Spanish) of the University of Costa Rica. This study was performed virtually as a guided practice. Furthermore, it was based in Ryan and Sawin's Individual and Family Self-managing Theory (2009).

Methodology: The nursing program was performed virtually, following the guided practice phases and the nursing process steps, it used the NANDA-NOC-NIC nursing taxonomy. To determine the nursing needs of the population an assessment was done by the performance of a focus group, the Lifestyle Profile II Questionnaire and the Index of self-regulation. To prioritize the diagnostic labels, a network for logical reasoning based on the AREA model was implemented. The planning step was done taking into consideration Malcom Knowles (2015) learning approach for adults and the specific characteristics of the population.

Results: Six men and nine adult women with administrative, research, and student roles in CICA participated from this study. The main diagnoses were related to readiness for enhanced decision making, power, resilience, nutrition and self-care, also overload stress management and ineffective coping. Six virtual sessions were performed of one hour each, where topics such as self-regulatory abilities, time management, relaxation techniques and sleep improvement, healthy diets, and self-awareness were covered. Self-regulation abilities were transversal axis during all sessions. At the end of the program, a positive change was evinced in the self-regulatory abilities like the establishment of goals, self-monitoring and self-evaluation.

Conclusion: This program evidence the importance of this type of self-management interventions in workplaces and the ability that nurses have to develop them successfully. Self-management skills are crucial for the future adoption of self-management behaviors that will result in an improvement in the overall health of workers. This type of programs not only generate benefits for individuals, but also for the institutions and their families.

Key words: nurse education, self-management, self-control, adult, health promotion, program, eHealth strategies.

Tabla de contenido

CAPÍTULO I	12
1.1. Introducción	13
1.2. Justificación	15
1.3. Objetivos de la Práctica Dirigida	21
1.3.1. <i>Objetivo general</i>	21
1.3.2. <i>Objetivos específicos</i>	21
CAPÍTULO II	22
2.1. Marco Empírico	23
2.1.1. <i>Internacionales</i>	23
2.1.2. <i>Nacionales</i>	46
2.2. Marco Teórico.....	51
2.3. Marco Conceptual.....	55
2.3.1. <i>Establecimiento de metas</i>	55
2.3.2. <i>Automonitorización</i>	59
2.3.3. <i>Pensamiento reflexivo</i>	62
2.3.4. <i>Toma de decisiones</i>	65
2.3.5. <i>Planeación y acción</i>	69
2.3.6. <i>Autoevaluación</i>	71
2.3.7. <i>Control emocional</i>	73
CAPÍTULO III.....	76
3.1. Modalidad.....	77
3.2. Lugar De La Práctica	77
3.3. Población	78
3.4. Metodología de la práctica dirigida	78
<i>Proceso de enfermería</i>	78
3.5. Ingreso al campo.....	80
3.6. Contexto.....	80
3.7. Fases De La Práctica Dirigida	81
3.7.1. <i>Fase diagnóstica</i>	82
3.7.2. <i>Fase del diseño del Programa de Autogestión</i>	85
3.7.3. <i>Fase de ejecución del Programa de Autogestión</i>	86
3.7.4. <i>Fase de evaluación de la Práctica Dirigida</i>	87
3.8. Consideraciones Éticas	87

3.8.1. <i>Beneficencia</i>	88
3.8.2. <i>No maleficencia</i>	88
3.8.3. <i>Respeto</i>	88
3.8.4. <i>Justicia</i>	90
3.9. Plan de Trabajo	90
CAPÍTULO IV	91
4.1. Fase diagnóstica.....	92
4.1.1 <i>Valoración de enfermería</i>	93
4.1.2 <i>Fase diagnóstica</i>	100
4.2. Fase del Diseño del Programa de Autogestión	101
4.3. Fase de Planeación y Ejecución del Programa de Autogestión	122
4.3.1. <i>Sesión 1. Introducción al Programa de Autogestión</i>	122
4.3.2. <i>Sesión 2. Gestión del tiempo</i>	126
4.3.3. <i>Sesión 3. Técnicas para mejorar el manejo del estrés</i>	135
4.3.4. <i>Sesión 4. Mejorando mi alimentación</i>	146
4.3.5. <i>Sesión 5. Autocuidado</i>	157
4.3.6. <i>Sesión 6. Cierre del programa</i>	169
4.4. Fase de Evaluación de la Práctica Dirigida.....	171
4.4.1. <i>Evaluación del Proceso de Enfermería</i>	171
4.4.2. <i>Evaluación de la Práctica Dirigida</i>	177
4.4.3. <i>Alcances y limitaciones</i>	181
CAPÍTULO V	183
5.1. Conclusiones.....	184
5.2. Recomendaciones	186
5.3. Referencias.....	188

Lista de Tablas

Tabla 1. Resultados del Cuestionario de Estilo de Vida Promotor de la Salud II e Índice de Autorregulación.....	101
Tabla 2. Principales necesidades humanas identificadas en la valoración y diagnósticos correspondientes según NANDA.....	102
Tabla 3. Cantidad de relaciones según la red del modelo AREA.....	108
Tabla 4. Plan de cuidado de Enfermería.....	110
Tabla 5. Sesión 1. Plan didáctico de la estrategia educativa.....	124
Tabla 6. Diagnósticos, NOC e indicadores de la Sesión 1.....	125
Tabla 7. Sesión 2. Plan didáctico de la estrategia educativa.....	132
Tabla 8. Diagnósticos, NOC e indicadores de la Sesión 2.....	132
Tabla 9. Sesión 3. Plan didáctico de la estrategia educativa.....	144
Tabla 10. Diagnósticos, NOC e indicadores de la Sesión 3.....	145
Tabla 11. Sesión 4. Plan didáctico de la estrategia educativa.....	155
Tabla 12. Diagnósticos, NOC e indicadores de la Sesión 4.....	156
Tabla 13. Sesión 5. Plan didáctico de la estrategia educativa.....	166
Tabla 14. Diagnósticos, NOC e indicadores de la Sesión 5.....	167
Tabla 15. Puntuación inicial y final de los indicadores.....	172
Tabla 16. Resultado de la valoración inicial y final del Cuestionario de Estilo de Vida Promotor de la Salud II e Índice de Autorregulación.....	175

Lista de Figuras

Figura 1. Modelo de la Teoría de la Autogestión Individual y Familiar.....	54
Figura 2. Red lógica según el modelo AREA.....	107
Figura 3. Etiqueta Nutricional.....	151

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1. Introducción

La promoción de la salud y prevención de la enfermedad toman cada vez mayor relevancia e interés en las diferentes áreas de salud, ya que pueden potenciar condiciones de salud favorables y evitar aquellas condiciones desfavorables en la población y más aún en personas trabajadoras. Se requiere para este objetivo, identificar y analizar las necesidades particulares de cada grupo poblacional y poder actuar sobre estas a favor del mismo.

Al ser el lugar de trabajo un espacio donde las personas adultas pasan gran parte de su vida cotidiana, es necesario aprovechar este contexto para impulsar la capacidad que tiene cada una de ellas y para cuidar su propia salud y la capacidad que tienen de incidir en la salud de otras personas a su alrededor. A partir de esto se aportará no solo a la productividad laboral sino también a la calidad de vida en general de las personas(1).

La salud en las personas trabajadoras es un requerimiento previo fundamental para el desarrollo económico, la productividad y los ingresos familiares. Por lo que el mantenimiento y restablecimiento de óptimas capacidades laborales es una función relevante que deben realizar los servicios de salud(2).

En muchas ocasiones, a pesar de que las personas tienen conocimiento de los distintos aspectos que están afectando su estado de salud, estas tienen dificultades para tomar decisiones saludables y realizar cambios de comportamiento; debido a ello, es que toma relevancia el fomento del control y manejo de la salud en cada individuo, es decir la autogestión(3). La autogestión es un fenómeno por el cual las personas controlan y son responsables de los comportamientos que promuevan su salud(3). Una teoría de enfermería que describe esta situación es la teoría de Autogestión Individual y Familiar, de las autoras Ryan y Sawin (2009), en la cual se toman en cuenta, entre otros, los conocimientos, creencias, habilidades de autorregulación y facilitación social que tenga la persona(3).

Además, la autorregulación es un proceso de personalidad por el cual las personas ejercen control sobre sus pensamientos, sentimientos, impulsos y el desempeño de sus tareas, de acuerdo con los estándares personales y objetivos a corto/largo plazo(4–6). De igual

manera, esta es adaptativa(4,6), depende de las circunstancias a las que se deba enfrentar la persona, permite a estas anular y alterar su respuesta a las mismas(4).

La autorregulación influye en la toma de decisiones y en el comportamiento de cada persona a lo largo de vida diaria (5,7). La evidencia muestra que puede tener un efecto directo en la salud, por ejemplo para reducir las respuestas fisiológicas relacionadas con el estrés(5). De igual manera, esta es considerada un componente vital para lograr cambios en los comportamientos y con la ventaja de que puede ser entrenada(4,8). Es manifestada por ejemplo con la capacidad de abstenerse de respuestas innecesarias o perjudiciales, con la capacidad de posponer la gratificación, en la hábil regulación de las emociones(8).

Es aquí donde el personal de enfermería puede tomar un papel preponderante, orientando a la población trabajadora de las distintas instituciones, desarrollando programas basados en estos principios de autogestión que promueven la salud en estos espacios, los cuales ya han demostrado que producen una mejoría en los hábitos alimenticios, de actividad física y demás(9).

En muchas ocasiones estos programas están dirigidos hacia la prevención de la enfermedad o a disminuir factores de riesgo en la población trabajadora y no tanto en conductas promotoras de salud y hábitos saludables. Con respecto a esto, varios autores consideran que los programas dirigidos a esto último, podrían ser más efectivos en comparación con los programas dirigidos a la prevención de la enfermedad y aún más, si se toma en cuenta de manera simultánea a la persona y su ambiente de una manera integral(10).

Esta práctica dirigida desarrollará un programa de enfermería virtual de autogestión para fortalecer las habilidades de autorregulación, dirigido al personal del Centro de Investigación en Contaminación Ambiental (CICA) de la Universidad de Costa Rica, durante el 2020, como parte del Trabajo Final de Graduación para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería. Este centro pertenece a la Universidad de Costa Rica y se ubica en la Sede Rodrigo Facio en San Pedro de Montes de Oca, San José. Cuenta con una población aproximada de 60 personas vinculadas.

1.2. Justificación

Los lugares de trabajo han sido considerados espacios propicios y prioritarios para promover la salud(10), esto debido a que gran cantidad de personas pasan hasta la tercera parte de su vida en dichos lugares. Además, hay facilidad de acceso a los individuos y contribuye a la difusión de información entre miembros de la familia(11). La promoción de la salud en espacios laborales facilita a su vez un mejor entorno laboral(9), este comprende no sólo un buen ambiente físico, sino también se asocia con las relaciones interpersonales, la salud emocional, y la promoción del bienestar familiar y social de las personas, estimulando su autoestima y el control de su salud(11).

Hay evidencia sobre cómo las experiencias de una persona en su trabajo contribuyen a que esta tenga alguna dificultad con su salud mental, las principales causas de las mismas son: bullying, inseguridad y falta de control(12). Específicamente en los ambientes o espacios de investigación, se ha identificado que los investigadores e investigadoras experimentan altos niveles de estrés, lo que posiblemente eleva su riesgo de tener o desarrollar un problema de salud mental como resultado de la exposición a dichos estresores(12). Además, los niveles de burnout en esta población también son altos, de hecho, son comparables con grupos de alto riesgo como los trabajadores y trabajadoras de salud(12).

Por su parte, las personas que trabajan en ambientes de oficina permanecen en una postura sedente por alrededor de dos tercios de sus horas de trabajo(13), por lo que son más propensas a sufrir de dolor en hombros, espalda y cuello. El poco apoyo social de los supervisores y compañeros de trabajo contribuye con estos desórdenes musculoesqueléticos(14). Además, este tipo de comportamiento sedentario es un factor de riesgo de enfermedades cardiovasculares, diabetes tipo 2, obesidad, enfermedades coronarias, entre otros(13).

Se han identificado seis fuentes clave de estrés en los ambientes laborales: demanda de trabajo, control del trabajo, cambio de administración, relaciones con compañeros, apoyo de los supervisores y colegas y claridad sobre su rol(12). El estrés laboral y en general un ambiente laboral deficiente reducen la productividad de los trabajadores y trabajadoras y hace que tengan menos compromiso con su investigación o con la institución, lo que puede

evidenciarse por actitudes negativas en el trabajo. Las consecuencias del mismo también pueden abarcar la vida personal y familiar(12).

De ahí que muchas instituciones han reconocido la importancia que tiene la promoción de la salud en los lugares de trabajo, entre ellas la Organización Mundial de la Salud (OMS), la cual expone que un entorno de trabajo saludable “es un lugar donde todos trabajan unidos para alcanzar una visión conjunta de salud y bienestar para los y las trabajadores y la comunidad”(15). A su vez explica que esto permite a las personas trabajadoras tener mayor control sobre su propia salud, mejorarla y ser más energéticos, positivos y felices(15).

La OMS utilizó como marco de referencia la Carta de Ottawa sobre la Promoción de la Salud adaptándola al contexto de salud y trabajo en la Iniciativa de Trabajo Saludable. En este sentido, una de las intervenciones propuestas para la promoción de la salud en el lugar de trabajo (PSLT) es el “Desarrollo de habilidades personales y responsabilidades respecto a la gestión de salud, seguridad, autocuidado y desarrollo personal de los trabajadores, sus organizaciones y las comunidades a su alrededor”(16). De acuerdo con este mismo documento, algunos de los principios de la promoción de la salud en los lugares de trabajo son: carácter participativo, integral, cooperación multisectorial y multidisciplinaria(16).

En Costa Rica, la Constitución Política(17) afirma el compromiso del Estado de procurar el mayor bienestar de todos sus habitantes, así como el derecho a un ambiente sano, ecológicamente equilibrado y también menciona, que todo patrono debe contar con las medidas necesarias para la higiene y seguridad del trabajo. Además, en el Código de Trabajo(18) se describen las funciones del Consejo de Salud Ocupacional, el cual debe promover las mejores condiciones de salud ocupacional, prevención de riesgos y suscitar reglamentaciones que garanticen esto, así como coordinar campañas de salud ocupacional.

De la misma manera, la Política Nacional de Salud(19), busca el fortalecimiento de la promoción de la salud con el fin de que se mejoren los estilos de vida en la población y fomentar el desarrollo de acciones de promoción de la salud por medio de prácticas saludables. Asimismo, planea implementar mecanismos para evaluar y dar seguimiento para verificar el cumplimiento de los lineamientos y acciones en promoción de la salud. Además,

menciona que en espacios laborales públicos y privados se debe fomentar el desarrollo de prácticas saludables.

Por su parte, la Política Nacional de Enfermería 2011-2021(20) propone el abordaje a la población adulta mediante la promoción de la salud y prevención de la enfermedad en la atención integral en los tres niveles y en los diferentes escenarios, entre ellos espacios laborales. La política pretende ser implementada por medio de estrategias como la creación y fortalecimiento de programas institucionales en desarrollo humano, intelectual, salud mental y laboral que propicien el desarrollo de habilidades sociales, individuales y colectivas en los grupos sociales(20).

En el caso específico de la Universidad de Costa Rica, se cuenta con el marco normativo de la Convención Colectiva de Trabajo para respaldar el accionar en materia de salud laboral, el cual en su artículo 41 se compromete con la salud y el bienestar de las personas trabajadoras y dice que implementará programas, proyectos y acciones que fomenten la salud, el bienestar y la calidad de vida laboral con el objetivo de mantener y promover la salud física, mental y social de los trabajadores(21). Además, en el artículo 42 de la misma Convención, la Universidad también se compromete a gestionar la salud en los centros de trabajo con abordajes participativos a través de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud en los espacios laborales(21).

Apoyada en esa normativa, la Oficina de Bienestar y Salud (OBS) ejecuta estrategias para la promoción de entornos saludables, mediante la Unidad de Promoción de la Salud (UPS) y a través del Programa Enlaces-OBS. Es importante mencionar, que a partir de este Programa se gesta el Plan de Salud Laboral en alianza con las unidades laborales, tal es el caso del CICA.

Algunos datos relevantes sobre la situación de salud en el personal de la Universidad son los siguientes: 62% son sedentarios, 60% tiene sobrepeso u obesidad, 44% manifiesta que las relaciones interpersonales pueden mejorar, 40% presenta problemas relacionados con colesterol y triglicéridos, 32% tiene problemas para dormir, 30% se enoja con facilidad, 20% refiere estrés laboral, por mencionar algunos(22).

Los programas que promueven la salud en los entornos laborales son considerados una inversión a futuro, ya que pueden asociarse con menos enfermedades y accidentes, además de mayor productividad, para finalmente traducirse en una población trabajadora más motivada y sana(9). Además, tener una población más sana está relacionado con una reducción de costos, como menos gastos en salud y menos incapacidades por enfermedad(10). Entonces, este tipo de programas, no sólo generan beneficios a la población trabajadora en la prevención de enfermedades y fomento de conductas saludables, sino que también representan un beneficio desde el punto de vista de la economía de la salud(9).

Este programa de enfermería de autogestión, busca que los participantes sean los agentes transformadores de su propia salud. De acuerdo con Ryan y Sawin, este tipo de programas es efectivo y el resultado de las intervenciones tiende a ser más positivo que la tradicional educación que se les da a las personas, ya que prepara a los individuos y familias para que asuman responsabilidades de autogestionar su salud, además de facilitarles los conocimientos y habilidades que necesitan para lograrlo, lo que ciertamente ha representado un reto para los y las profesionales de enfermería y otros profesionales de la salud(3).

Las teorías de autogestión son una herramienta que pueden utilizar los y las profesionales en enfermería para promover la salud de las personas, así como su independencia y empoderamiento sobre la salud. Los comportamientos de autogestión hacen referencia a acciones proactivas relacionadas con el estilo de vida, planeación, apoyo emocional, así como acciones asociadas con cambios circunstanciales, alcanzar una meta, entre otros(23).

En específico, la autorregulación ha mostrado estar relacionada con comportamientos de promoción de la salud, así como con el tratamiento y prevención de la enfermedad(24). Esta se relaciona con la capacidad que tiene una persona de cambiar conscientemente un comportamiento de acuerdo con estándares, ideales o metas establecidas. El desarrollo de estas habilidades permite que los individuos puedan ejercer control sobre sus pensamientos, sentimientos y acciones para alcanzar una meta(25).

Se ha demostrado que para las personas es importante establecer objetivos, pero además de eso, necesitan planear estrategias que les señalen cuándo, dónde y cómo los

podrán alcanzar. Por lo que las intervenciones que buscan que las personas inicien o mejoren un comportamiento de salud son más efectivas cuando incluyen planes de acción(24). El desarrollo de estos planes incluye: que la persona identifique claramente la meta que quiere alcanzar, el apoyo social con el que cuenta, así como otros recursos que pueda utilizar para alcanzar esa meta. También pueden incluir el identificar obstáculos que puedan interferir con la implementación de su plan, así como soluciones para sobrellevarlo(24).

Cuando una persona desarrolla habilidades de autorregulación puede beneficiarse de ello, ya que estas están relacionadas con mayor felicidad, menor depresión, ansiedad, enojo y rumiación(26). Además, a través de los programas de autorregulación se ha logrado promover la salud física y mental de las personas, así como ayudarlas a alcanzar otros resultados de salud. Del mismo modo, esta ha mostrado tener relaciones causales y correlacionales con la mejora de la memoria, el razonamiento lógico, la toma de decisiones y en general que los individuos tengan un mejor desempeño(26).

Tener buenas habilidades de autorregulación, ayuda a las personas a tener éxito en el trabajo, en sus relaciones con otras personas y en su salud mental en general(25). Finalmente, comparados con sus contrapartes, estas personas tienen menos síntomas de diabetes tipo 2, mejor funcionamiento cardiovascular y viven vidas más largas(26).

Por lo que con este programa, se busca fortalecer algunas habilidades de autorregulación de los funcionarios y funcionarias del CICA, entre estas, que sean capaces de establecer metas, monitorear su comportamiento y progreso de modo que sean acorde con las metas propuestas o ajustarlas en caso de ser necesario, para que con ello tengan estilos de vida más saludables que contribuyan con la promoción de su salud tanto física como mental.

Los y las profesionales de enfermería tienen las habilidades, conocimientos y capacidades para realizar intervenciones efectivas en autogestión de la salud basadas en un diagnóstico, debido a que la promoción de la salud y el cuidado de las personas en distintas etapas de la vida son parte fundamental del quehacer en la disciplina.

El plan de estudios de la carrera de Enfermería, permite el desarrollo de estas cualidades, por lo que las sustentantes de esta Práctica Dirigida, harán uso y aplicarán los

conocimientos y habilidades adquiridos en su experiencia estudiantil, en la cual han tenido la oportunidad de trabajar con personas en diferentes etapas de sus vidas. Ejemplo de ello, es el módulo “Intervención de Enfermería con la Adolescencia”, el cual se enfoca en los determinantes sociales de la salud y en las habilidades para la vida. También, en el módulo “Intervención de Enfermería en la Etapa de Adulthood Sana” se analizan los cuidados para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad en personas trabajadoras, se aborda la temática de entornos laborales saludables y se realiza el Proceso de Enfermería con personas en un contexto laboral.

Es importante hacer énfasis en que este programa está basado en el Proceso de Enfermería, el cual es un modelo que establece la base del razonamiento clínico en las y los enfermeros para identificar necesidades sobre respuestas humanas y decidir el mejor tratamiento para estas, evaluando posteriormente los resultados obtenidos(27).

Además, se utiliza la taxonomía NNN (NANDA-NOC-NIC), la cual busca que los y las profesionales en enfermería utilicen una terminología estandarizada para describir su práctica, con el objetivo de garantizar la seguridad de las personas a través de la atención basada en la evidencia(28). Esta taxonomía también tiene como objetivo unir los diagnósticos, resultados e intervenciones enfermeras. El uso de este lenguaje estandarizado, disminuye la variabilidad de la práctica clínica y mejora la comunicación entre los profesionales de la disciplina(29).

En el país no se han hallado programas de enfermería relacionadas con la autogestión y las habilidades de autorregulación, por lo que este programa representa un aporte en este ámbito, a la vez que podrá servir como herramienta que mejore los comportamientos de salud de las personas y pueda ser replicarse en otros espacios laborales. Asimismo, se colabora con la ciencia enfermera al utilizar teorías propias de la disciplina, con el objetivo de comprender mejor el fenómeno de la autogestión.

1.3. Objetivos de la Práctica Dirigida

1.3.1. Objetivo general

Desarrollar un Programa Educativo de Autogestión que fortalezca las habilidades de autorregulación en personas funcionarias del Centro de Investigación en Contaminación Ambiental (CICA) de la Universidad de Costa Rica (UCR), durante el 2020.

1.3.2. Objetivos específicos

- Realizar un diagnóstico que permita la identificación de las necesidades de autogestión en personas funcionarias del CICA de la UCR.
- Diseñar un Programa de autogestión para el fortalecimiento de las habilidades de autorregulación en personas funcionarias del CICA de la UCR.
- Ejecutar el Programa de autogestión para el fortalecimiento de las habilidades de autorregulación en personas funcionarias del CICA de la UCR.
- Evaluar el Programa de autogestión para el fortalecimiento de las habilidades de autorregulación en las personas funcionarias del CICA de la UCR.

CAPÍTULO II

MARCO

REFERENCIAL

2.1. Marco Empírico

A continuación se muestran antecedentes internacionales y nacionales sobre algunas intervenciones que se han realizado con población adulta y se incluyen algunas específicas relacionadas al ámbito laboral. A través de estos antecedentes, se busca no solo dar sustento al Programa de autogestión y autorregulación, sino también determinar la existencia de vacíos en el conocimiento enfermero.

2.1.1. Internacionales

En la investigación “Autorregulación y mejora del autoconocimiento en resolución de problemas”, realizada en Colombia dentro de la disciplina de la psicología, las autoras buscaron determinar las diferencias inter e intragrupalas antes y después de la intervención (entrenamiento autorregulado) en el uso de estrategias de aprendizaje. Fue dirigido a estudiantes de educación secundaria, utilizaron una muestra de 41 estudiantes, 19 en el grupo experimental y 22 en el grupo control, con medias de edad entre 15.40 y 15.50 años. Además, utilizaron un diseño experimental antes-después de grupo control equivalente(30).

El desarrollo de una instrucción metacognitiva autorregulada fue explicada mediante el modelo interactivo de circuito de realimentación propuesto por Zimmerman & Moylan (2009), en el que se diferencian tres fases interconectadas, la fase de anticipación que implica el análisis de tareas y conocimientos previos en el que realizan estrategias de planificación y motivación intrínseca. La segunda fase es la de desarrollo que contiene métodos de autocontrol y la tercera que es la de reflexión, implica “el uso del autojuicio (auto-evaluación, auto-reacción y la autosatisfacción en el aprendizaje)”(30).

En el proceso hacia la resolución de problemas de una manera efectiva, la persona primero asocia la tarea a los conocimientos previos (monitorización), luego establece metas para la correcta ejecución, analiza la respuesta dada (reflexión de la acción) y en caso de ser necesario la modifica (elaboración de la respuesta)(30).

Este tipo de intervención en metacognición autorregulatoria ha producido buenos resultados, ya que logra un mejor aprendizaje, potencia la generalización y la transferencia de lo aprendido y aumenta la motivación. La autorregulación es definida como la “reflexión consciente sobre el propio conocimiento durante el proceso de aprendizaje [además, la regulación] se relaciona con el conocimiento procedimental, es decir, con las estrategias

metacognitivas de control (i.e., planificación, monitorización y evaluación) en el uso de una determinada estrategia en la resolución de problemas”(30).

Estas estrategias van a potenciar el autoconocimiento, sin embargo; no depende únicamente de la utilización de las mismas, sino también de la motivación del sujeto hacia el objeto de aprendizaje(30). Además, estos autores señalan que una baja autorregulación está relacionada con apoyo externo insuficiente y con un limitado uso de las estrategias de aprendizaje.

Como parte de los resultados, ellos identificaron que se dio un aumento en el uso de estrategias metacognitivas de autoconocimiento y planificación posterior al entrenamiento en metacognición autorregulada. De esta manera, evidencian que la utilización de esta metodología “basada en la reflexión mejora la codificación de la información nueva con la ya existente y permite la autoconciencia sobre el proceso de aprendizaje (planificación) lo que mejora el autoconocimiento”(30). Además, se produjo un incremento en estrategias relacionadas con la fase de anticipación y la de rendimiento pero no en las estrategias de motivación y autoevaluación que están dentro de la fase de auto-reflexión; esto podría deberse al poco tiempo del programa de entrenamiento, ya que fueron únicamente 2 meses(30).

En el artículo “La autoeficacia y la autorregulación como variables moderadoras del estrés laboral en docentes de educación primaria”, realizado en España, los autores desde la disciplina de la psicología, desean ahondar en el posible rol que puede ejercer la autoeficacia y la autorregulación en la experiencia del estrés en personas trabajadoras. Fue desarrollado en una muestra de 106 profesores de educación primaria en la zona centro de España y los participantes fueron escogidos por medio de un muestreo aleatorio-accidental, compuesto por un 66% de mujeres y 34% de hombres(31).

Emplearon instrumentos como la escala de irritación, cuestionario de Burnout, escala de autoeficacia general y escala de autorregulación. Los datos fueron analizados desde la existencia de correlaciones y un análisis de regresión lineal múltiple. Además, el propósito principal es contrastar el papel de la autoeficacia laboral como mediador entre la calidad del trabajo, la salud y el desempeño profesional(31).

La hipótesis inicial fue confirmada, la cual consideraba que los sujetos con puntuaciones más altas en autoeficacia y autorregulación presentan menores niveles de estrés, ya que presentan bajos niveles de irritación laboral y niveles de burnout. Como consecuencia de lo anterior, se logra evidenciar que sí cumple un papel modulador la autoeficacia y la autorregulación en los niveles de estrés presentado por los profesores de educación primaria. Con respecto al análisis de regresión, obtuvieron que a pesar de ser significativos no ofrecen un papel muy importante a las variables independientes consideradas en la explicación del estrés laboral(31). A modo de conclusión, los autores consideran adecuado diseñar programas de intervención que favorezcan el desarrollo y fortalecimiento de la autoeficacia y autorregulación como maneras de disminuir el estrés en las personas trabajadoras(31).

Por otra parte, el artículo Autorregulación de la alimentación en adultos con sobrepeso y obesidad: Un análisis conceptual (Eating Self-Regulation in Overweight and Obese Adults: A Concept Analysis)(32) fue elaborado en su mayoría por profesionales de enfermería, en Estados Unidos.

Debido a la epidemia de obesidad que se vive en el mundo, los autores del artículo consideran que una mejor comprensión sobre cómo autorregular la alimentación y los factores que influyen en esta para perder o mantener un peso saludable es de suma importancia. La autorregulación es un concepto clave en el proceso de la pérdida de peso, y ha sido asociado a una alimentación saludable y al éxito en la pérdida de peso, también ha sido un concepto central en muchos enfoques teóricos sobre cambios de comportamiento(32).

Aunque el concepto de la autorregulación ha sido desarrollado en investigaciones anteriores, su aplicación a comportamientos de alimentación no ha sido totalmente discutida y los autores consideran que es necesaria más investigación al respecto, ya que con una definición más clara se pueden desarrollar mejores estrategias de intervención que contribuyan a reducir la epidemia de obesidad. Por esto, el propósito de esta investigación fue realizar un análisis profundo sobre el concepto de la autorregulación de la alimentación y su relación con el sobrepeso y la obesidad en adultos utilizando el método “Walker and Avant’s”(32).

Inicialmente, para empezar el proceso de análisis del concepto de la autorregulación, los investigadores consultaron su significado en diccionarios estándar y médicos. El diccionario en línea Merriam Webster define regular como dar orden, método o uniformidad, es regular sus hábitos y los sinónimos propuestos son: frenar, controlar, inhibir y restringir. Por su parte el diccionario médico Mosby (Mosby's Medical Dictionary) define la autorregulación como el plan para los individuos de eliminar comportamientos de riesgo, e incluye automonitorización, autoevaluación y auto reforzamiento(32).

Se hizo una búsqueda desde el año 1975 hasta el 2014 en las siguientes bases de datos: MEDLINE, CINAHL, Nursing & Allied Health Collection, PsycINFO, y en Psychology and Behavioral Sciences; esta se limitó al idioma inglés y a personas adultas. Inicialmente se encontraron 104 artículos de interés, sin embargo, debido a los criterios de inclusión, se redujo a 55 el número de artículos calificados para la revisión final(32).

Solamente se encontró una investigación que se enfocó específicamente en autorregulación del comportamiento de la alimentación, por lo que debido a la falta de estudios centrados en el tema, se utilizaron estudios de autorregulación para la pérdida o mantenimiento del peso para analizar del concepto. Muchos de los artículos solo se enfocaron en un atributo(32).

Los resultados de esta investigación explican los atributos más importantes de la autorregulación de la alimentación, es decir las características que definen el concepto, estos son: comportamientos asociados a los objetivos, automonitorización, fuerza de autorregulación, autoevaluación y motivación(32).

Además definen los antecedentes, es decir los eventos o incidentes que deben darse antes de la ocurrencia del concepto, estos ayudan a aclarar el contexto en el cual se desarrolla el concepto y pueden influir positiva o negativamente en la autorregulación de la alimentación. Los antecedentes relacionados con la habilidad de un adulto para autorregular su comportamiento de alimentación son: restricción cognitiva, moderación, plena atención, desinhibición, gratificación retrasada, emociones y modo, autoeficacia, apoyo social, ambiente y actividad física. Los antecedentes pueden influir en una persona en diferentes

momentos o de diferentes formas mientras tratan de cambiar su comportamiento alimenticio(32).

Según los investigadores, las consecuencias de la autorregulación de la alimentación para las personas que tratan de perder o mantener peso pueden ser positivas o no. Si un individuo cambia su comportamiento de alimentación podría tener los siguientes resultados: perder peso, prevenir el aumento de peso o disminuir la prevalencia de enfermedades crónicas. Por el contrario, consecuencias negativas de fallar en la autorregulación del comportamiento son: potencial aumento de peso y aumento de enfermedades crónicas. Es decir, la tendencia a ganar peso está fuertemente relacionada con una pobre autorregulación, mientras que el cambio en el comportamiento duradero es el resultado de una persistente autorregulación(32).

Se propone que cuando un individuo logra autorregular exitosamente su comportamiento de alimentación, entonces el cambio puede tener lugar y conducirlo a lograr el objetivo propuesto, que puede ser demostrado al valorar el peso o IMC de una persona, y si mantiene un peso saludable o lo pierde, entonces la autorregulación está ocurriendo. También se puede realizar una valoración de otra información como: cambios en el perfil de lípidos, presión arterial, glicemia y una mejora en la función articular; además la persona puede referir una sensación de bienestar, sentirse mejor o tener un mejor ánimo(32).

La definición propuesta por los investigadores para la autorregulación de los comportamientos de alimentación, está basada en los atributos previamente mencionados e implica la habilidad para iniciar conductas relacionadas con objetivos, automonitorizar la ingesta de alimentos, aplicar la fuerza de autorregulación para resistir las tentaciones, autoevaluar el progreso en relación con el objetivo propuesto y finalmente mantener la motivación para cambiar un comportamiento en la dieta para perder peso, mantenerlo o disminuir las enfermedades crónicas(32).

El método de Walker and Avant utilizado, propone la construcción de casos: modelo, al límite, relacionados y caso contrario. En el primero, todos los atributos del concepto examinado están incluidos, en el segundo, se incluye la mayoría de los atributos pero no todos. Mientras el caso relacionado no contiene todos los atributos que fueron definidos pero

están relacionados con el concepto en estudio, y finalmente en el caso contrario ninguno de los atributos está presente(32).

Para pasar de autorregular comportamientos alimenticios de corto a largo plazo, los individuos necesitan avanzar hacia formas más internas de autorregulación porque los comportamientos que están motivados de manera autónoma tienen más probabilidades de producir cambios significativos y duraderos. La alimentación con motivación autónoma está asociada con alimentación más saludable, mayor consumo de frutas y vegetales y mejor calidad de los alimentos, mientras que la motivación controlada se relaciona con alimentación menos saludable y mayores porciones de comida(32).

Finalmente, este estudio confirma que la autorregulación de la alimentación es compleja y tiene implicaciones importantes en personas con sobrepeso y obesidad, así como en los profesionales de la salud. Además, se concluye que es necesaria más investigación para determinar el impacto que la efectiva autorregulación de comportamientos de alimentación puede tener en la pérdida de peso en adultos con sobrepeso u obesidad(32).

Además, el estudio Efectos del tratamiento asociado al incremento de la ingesta de frutas y vegetales en el consumo de otros grupos de comida y el peso a través de procesos de autorregulación (Effects of Treatment-Associated Increases in Fruit and Vegetable Intake on the Consumption of Other Food Groups and Weight Through Self-Regulatory Processes), realizado por un estadounidense investigador en cambios de comportamientos de salud, tuvo como objetivo evaluar los efectos del cambio en la ingesta de frutas y vegetales en la dieta y determinar si la autorregulación afecta la relación entre los cambios en el consumo de frutas y vegetales y el peso(33).

El investigador considera que la obesidad es una condición médica con efectos perjudiciales en la salud y en la calidad de vida de las personas y que el autocontrol es necesario para elegir más alimentos saludables y menos comida no saludable, por lo que la autorregulación se ha convertido en el foco de muchos tratamientos de pérdida de peso utilizando algunos de sus componentes como: establecer objetivos, auto monitorizarse, entre otros(33).

En el estudio participaron 74 mujeres voluntarias mayores de 21 años con un IMC de 30 kg/m² a 40 kg/m² que no estuvieran participando en un programa de pérdida de peso ni consumiendo medicamentos psicotrópicos. La edad promedio de las participantes fue de 47.7 años y el IMC promedio fue de 34.9 kg/m² (33).

Se valoró sus cambios en el consumo de varios grupos de alimentos, su actividad física y autorregulación de la alimentación en 6, 12 y 24 meses, para ello se utilizó una encuesta para valorar los comportamientos de alimentación, otra de 10 ítems con escala Likert (1=nunca a 5=frecuentemente) para valorar las habilidades de autorregulación relacionadas con la alimentación, esta incluía enunciados como “Me digo cosas positivas sobre alimentarme bien” y “Mantengo un registro de mi alimentación”. El número de sesiones de actividad física por semana de al menos 15 minutos de duración fue medido utilizando el Cuestionario de actividad física en tiempo de ocio (Leisure-Time Physical Activity Questionnaire) y también se pesó a las participantes utilizando una balanza digital calibrada(33).

El programa se basó en el apoyo a la actividad física y los cambios en los comportamientos de alimentación, haciendo énfasis en el uso de las habilidades de autorregulación para lidiar con las barreras en el estilo de vida(33).

Se utilizó un protocolo llamado El enfoque del entrenador (The Coach Approach) como apoyo para el componente de actividad física en seis sesiones de 45 minutos cada una. Después de 10 semanas de realizar actividad física sola, se añadió el registro de alimentos y se llevó a cabo sesiones de nutrición cada dos semanas haciendo uso del protocolo Perder peso para la vida (Weight Loss For Life). Las sesiones adaptaron las habilidades de autorregulación previamente aprendidas en el contexto de actividad física al control de la alimentación. Junto con la autorregulación y el mantenimiento de la actividad física regular, aumentar el consumo de frutas y vegetales fue el mayor énfasis de este programa de 56 semanas(33).

Se utilizó el programa SPSS versión 22.0 para realizar los análisis estadísticos. Los resultados de la investigación respaldan las relaciones a corto y largo plazo entre un aumento

en el consumo de frutas y vegetales, pérdida de peso y disminución en el consumo de otros grupos de alimentos como pan y dulces(33).

En esta investigación se evidencia la existencia de una relación significativa entre el aumento en el consumo de frutas y vegetales y la pérdida de peso y la autorregulación, ya que requirió que las participantes reforzarán y utilizaran con mayor efectividad sus habilidades de autorregulación para hacer cambios positivos en su comportamiento alimenticio. Revisiones teóricas y sistemáticas sugieren, fuertemente, la importancia de la autorregulación como mediador clave en el tratamiento de la pérdida de peso(33).

A pesar de que este estudio se limitó a una muestra de voluntarias que pudieron haber estado especialmente motivadas, provee un nuevo análisis y es la base para futuras investigaciones en la dinámica de tratamientos asociados a cambios en la dieta, autorregulación y pérdida de peso. Se sugiere que futuros estudios sobre el tema utilicen instrumentos de medición más objetivos, además de involucrar personas de diferentes etnias(33).

Otra investigación realizada en Estados Unidos por profesionales en enfermería, titulada Asociación de autoeficacia y autorregulación con comportamientos de nutrición y ejercicio en una muestra comunitaria de adultos (Association of Self-Efficacy and Self-Regulation With Nutrition and Exercise Behaviors in a Community Sample of Adults), estudiaron la asociación de la autoeficacia y la autorregulación en comportamientos de nutrición y ejercicio en una muestra de adultos de la comunidad(34). En ella se explica que para que las intervenciones que buscan promover una alimentación saludable y actividad física sean efectivas deben de ser enfocadas en los principales determinantes de los cambios de comportamiento. El diseño de la investigación fue transversal, en esta participaron 108 personas entre 20 y 49 años, las cuales debían ser mayores de 18 años y ser capaces de leer en inglés(34).

Para medir la autoeficacia y la autorregulación utilizaron las siguientes escalas: Escala de autoeficacia de nutrición (The Nutrition Self-Efficacy Scale), Escala de autoeficacia de ejercicio físico (Physical Exercise Self-Efficacy Scale), Escala de estrategias de cambio de alimentación saludable (The Healthy Eating Change Strategies Scale), Escala de estrategias

de cambio de actividad física (The Physical Activity Change Strategies Scale) respectivamente. Además, se realizaron preguntas relacionadas con la nutrición y el ejercicio(34).

Con los resultados del estudio se evidenció que más de la mitad de los participantes tenía obesidad o sobrepeso, y solamente un 25% de ellos había intentado bajar de peso en el último mes. La semana previa a la recolección de los datos, 31% de los participantes no estaba comprometido con ninguna actividad física, 4% no comió frutas y vegetales, 10% no cocinó cena y 6% comió en restaurantes 6 días o más(34).

La autorregulación demostró una asociación directa con el consumo de frutas y vegetales, así como con el ejercicio, mientras que la autoeficacia solamente se asoció con la actividad física. Según los investigadores, estos hallazgos implican que al diseñar campañas de salud o intervenciones en salud para promover el consumo de frutas/verduras o aumentar la actividad física, los profesionales en salud deberían de considerar la autorregulación de las personas, familias o poblaciones. La automonitorización del comportamiento, enseñar a la persona a establecer metas concretas de cambios de comportamiento, así como la autoevaluación son algunas de las estrategias de autorregulación propuestas por expertos para cambiar comportamientos de salud. A nivel de la comunidad, un ejemplo de estrategia de autorregulación es colocar un cartel que diga “¿Ya usted registró su consumo de 5 frutas/vegetales y 30 minutos de caminar el día de hoy?”(34).

A través de su investigación, los autores explican que a pesar de que combinar las estrategias de autoeficacia y autorregulación puede ser útil para promover los comportamientos estudiados, el estudio realizado por ellos demuestra que promover uno sólo de estos determinantes es tan útil como utilizar los dos(34). Finalmente, concluyen que debido a sus contribuciones en el cambio de comportamiento, tanto la autoeficacia como la autorregulación pueden ser utilizadas como intervenciones para promover comportamientos saludables(34).

En el artículo Una intervención en línea de autorregulación para incrementar comportamientos saludables a través de la práctica general: Protocolo y Desarrollo sistemático (A Self-Regulation eHealth Intervention to Increase Healthy Behavior Through General Practice: Protocol and Systematic Development) realizado en Bélgica por autoras

especialistas en ciencias del movimiento, psicología, salud pública y cuidado primario, mencionan que las enfermedades crónicas son la principal causa de morbilidad y mortalidad en todo el mundo. Además, que el consumo de verduras y frutas reduce el riesgo de hipertensión, accidente cerebrovascular, cáncer, enfermedad coronaria, entre otras. Asimismo, la deficiente actividad física ha sido reconocida como el cuarto factor de riesgo principal para la mortalidad global. Debido a lo anterior expresado, es que estos autores consideran necesario realizar intervenciones efectivas para la promoción de la ingesta de frutas y verduras y la actividad física. Su objetivo principal fue describir el desarrollo sistemático de una intervención de eHealth, MyPlan 1.0, con el fin de aumentar la ingesta de frutas y verduras y la actividad física(35).

El método que utilizaron consta de varios pasos “1. Evaluación de necesidades, 2. Desarrollo de matrices de cambio, 3. Selección de métodos basados en la teoría y aplicaciones prácticas, 4. Descripción de la producción del programa, entre otros que no serán discutidos al no considerarse relevantes para esta práctica dirigida”(35).

Para llevar a cabo estas intervenciones, utilizaron teorías de autorregulación y el Modelo de Enfoque del Proceso de Acción en Salud (Health Action Process Approach Model) de Schwarzer, que permitió identificar y clasificar los determinantes dentro de un marco de autorregulación. Este modelo clasifica los determinantes en dos fases: una motivacional y otra volitiva. En la primera, la conciencia del riesgo, las expectativas de resultados y la autoeficacia de la acción son determinantes que influyen en las intenciones. Tras tener una intención y haber establecido objetivos, los participantes van a intentar alcanzarlos. En la fase volitiva, la planificación de la acción, la planificación de afrontamiento, la autoeficacia de mantenimiento y el apoyo social son determinantes que influyen en los cambios reales de ingesta de frutas y verduras y en la actividad física, que es lo que se busca con este estudio. De la misma manera, el mantenimiento y la autoeficacia son determinantes importantes para que los participantes elijan mantener o adaptar sus objetivos, basándose en una evaluación del cambio de su comportamiento(35).

Como estrategia de planificación del afrontamiento, utilizaron la técnica *si/entonces*, en el que permitían que los adultos participantes establecieran una solución a determinado problema o situación que se les podía presentar, por ejemplo, “*si* es lunes en la noche y no

estoy de humor para hacer deporte, *entonces* llamo a mi amigo para que vayamos juntos a las clases de aeróbicos”, esto como herramienta que permite superar las barreras difíciles”(35).

Para producir el programa MyPlan 1.0 lo programaron en un software gratuito. MyPlan constaba de tres módulos: frutas, verduras y actividad física, por lo que los participantes podían iniciar sesión y elegir el comportamiento que más les interesara y ejecutar la primera sesión. Durante la primera sesión, las personas respondían un cuestionario en el que recibían comentarios personalizados sobre cómo se comparaba su comportamiento con las normas de salud establecidas. Posteriormente, podían leer más información al respecto y hacer un plan de acción y utilizar la técnica *si/entonces*(35).

Como parte del plan, debían establecer cuál era su objetivo, cómo lo iban a lograr, con cuál actividad, dónde, cuándo, cuántas veces, cuánto tiempo y en qué fecha específicamente iban a iniciar. A medida que van avanzando el programa les enviaba realimentación y permitía que los participantes siguieran más allá al poder modificar o adaptar sus objetivos a unos más difíciles o más alcanzables(35).

Fue un total de 194 adultos quienes utilizaron la intervención MyPlan y completaron un cuestionario acerca de la calidad y facilidad de uso del programa, en general los resultados indicaron que fue bien aceptado incluso para participantes con bajo nivel educativo y adultos mayores(35).

Las intervenciones de salud electrónica, se utilizan para mejorar o habilitar la salud y atención médica, además permiten un enfoque personalizado a un costo relativamente bajo mediante el uso de tecnologías interactivas e informatizadas, algunas de sus ventajas son: reducidas demandas personales, consistencia en el tiempo, mayor flexibilidad, recolección automatizada de datos y autoinformes más honestos. Sin embargo, a pesar de que por medio del internet se puede llegar a alcanzar un gran número de participantes, el porcentaje de personas que comienzan el uso de intervenciones a través de internet es bajo y el uso sostenido aún menor, por lo que se deben buscar estrategias innovadoras y efectivas que generen un mayor interés en estos programas(35).

Estos autores mencionan que muchos de los programas de salud electrónica se basan en teorías motivacionales que son más efectivas para cambiar intenciones que para cambiar comportamientos, entonces se crea la brecha intención-comportamiento. Por lo tanto, el

programa MyPlan se basó en parte en un programa previo desarrollado por Vandelanotte et al y Spittaels et al fundamentado en la Teoría del Comportamiento Planificado y en el Modelo Transteórico y solo dieron realimentación sobre los determinantes motivacionales, por ejemplo intenciones, actitudes, autoeficacia y conocimiento(35).

Además, agregan que la autorregulación ha sido considerada un método adecuado para superar la brecha intención-comportamiento y por lo tanto promover los comportamientos en salud. Debido a lo anterior, es que ellos consideran que el haber implementado las habilidades de autorregulación en MyPlan fue una fortaleza particular de su estudio, así como el permitir que fuera cada participante quien escogía qué objetivos deseaba establecer y qué estrategias usar, promoviendo un mayor empoderamiento y motivación interna en cada participante(35).

Con respecto al programa MyPlan mencionado anteriormente, otros autores de la disciplina de las ciencias del movimiento y la psicología, realizaron la investigación Aceptabilidad, factibilidad y efectividad de un comportamiento de salud a través de una intervención de salud en línea utilizando la autorregulación: Mi Plan (Acceptability, feasibility and effectiveness of an eHealth behaviour intervention using self-regulation: 'My Plan') que fue realizada con personas mayores de 18 años, con suficiente conocimiento del idioma alemán y con acceso a internet. El programa fue realizado con una herramienta de encuestas libre y gratuita, llamada LimeSurvey y fue desarrollado utilizando modelos de autorregulación(36).

Los participantes fueron distribuidos en un grupo control y tres grupos de intervención: actividad física, consumo de frutas y consumo de vegetales, y desde un inicio se les preguntó a las personas cuál de estos tres propuestos ellos deseaban cambiar. Cabe resaltar que los comportamientos fueron medidos tanto al inicio del programa como un mes después de su comienzo(36).

A los participantes se les invitó a visitar el sitio web donde debían registrarse con una clave, que los distribuiría en grupo control o intervención según el comportamiento elegido. Es importante aclarar que las personas del grupo control, no tuvieron acceso a los módulos de intervención. Las personas de los grupos de intervención, luego de una medición inicial, tenían acceso directo a al Módulo 1(36).

En el Módulo 1, los participantes debían realizar comentarios personales que los motivara y concientizara sobre la importancia de cambiar uno de sus comportamientos, también completaron un cuestionario sobre aspectos del comportamiento previamente elegido. Posteriormente, basado en las respuestas de la persona, se le brindó una realimentación sobre el nivel de salud de su comportamiento comparado con las normas de salud y se les daba la opción de leer más información sobre el tema (relación con enfermedades, beneficios...)(36).

Luego, se invitó a los participantes a elaborar un plan de acción y también tenían la posibilidad de identificar de una lista predefinida obstáculos para llevarlo a cabo, y según sus selecciones, se desplegaba una lista de posibles soluciones, de las cuáles la persona elegía cuáles consideraba relevantes y deseaba aplicar(36).

Se les guió a los adultos para hacer un plan si/entonces y por último, se les aconsejó sobre cómo automonitorear su comportamiento para alcanzar el objetivo de salud propuesto. El plan de acción fue enviado a los correos electrónicos de los participantes, quienes tenían la opción de compartirlo con su familia u otras redes de apoyo(36).

El módulo 2, se activaba una semana después de terminar el módulo 1. Los participantes recibieron retroalimentaciones sobre su comportamiento y su proceso de cambio, por ejemplo: debe de comer más frutas en comparación con la semana anterior. También mensajes relacionados con las metas planteadas: alcanzó la meta de comer 3 frutas al día. Luego de esto y en caso de ser necesario, las personas tuvieron la posibilidad de realizarle algunas adaptaciones a su plan de acción. El Módulo 3 se activaba un mes después de haber terminado el Módulo 1 y consistía en la misma metodología del Módulo 2(36).

De acuerdo con los resultados, los investigadores manifiestan que los adultos con menor nivel educativo y con edades superior a los 40 años, reportaron más que las retroalimentaciones personales fueron instructiva e interesantes, del mismo modo, ellos evaluaron los planes de acción como más motivadores en comparación con las personas más jóvenes(36).

Finalmente, luego de un mes de seguimiento, el consumo de frutas y el total de actividad física realizada aumentaron, siendo mayores que los del grupo control, mientras que no hubo efecto en el consumo de vegetales(36).

Por lo que los investigadores concluyen que la intervención en línea de salud utilizando la autorregulación fue factible y aceptada, y tiene el potencial para aumentar el consumo de frutas, vegetales, así como el nivel de actividad física(36).

A pesar de lo anteriormente mencionado, el estudio el artículo Una intervención de salud electrónica basada en la autorregulación para promover un estilo de vida saludable: Investigar las características del usuario y del sitio web relacionadas con el desgaste (A Self-Regulation-Based eHealth Intervention to Promote a Healthy Lifestyle: Investigating User and Website Characteristics Related to Attrition), fue realizado por un grupo de investigación de Actividad Física y Salud de Bélgica. Los autores mencionan que a pesar de que las intervenciones que realizan en salud de manera electrónica son efectivas y pueden llegar a grandes poblaciones, el principal problema que presentan es la deserción, por lo que deciden realizar una investigación con un enfoque cuantitativo(37).

Utilizaron una muestra de 549 adultos para que participaran del programa “Myplan 1.0”, el cual consiste en intervenciones en línea basadas en la autorregulación con el fin de promover la actividad física y la ingesta de frutas y verduras. Por medio de esta, investigaron el desgaste por componente de autorregulación (ej. Planificación de acciones, planificación de afrontamiento, etc.), así como si otras características del usuario, como sexo, educación, edad e IMC, son también predictores de la finalización(37).

Del total de participantes, 127 solo visitaron la página de inicio y no se registraron, por lo que se excluyeron del análisis, quedando así 422 usuarios reales. El 55% eran mujeres y el 28% hombres, de los cuales casi la mitad tenía un nivel educativo alto. La edad media fue de 43,92 años, oscilando entre los 18 y 81 años de edad. La mitad de ellos tenía sobrepeso, mientras que el resto tenía un peso normal(37).

Examinar más detenidamente el momento en el que la mayoría de los usuarios abandonan las intervenciones, puede ayudar a los desarrolladores de esta página web a tomar decisiones informadas sobre qué partes o componentes de la herramienta de intervención pueden rediseñarse o eliminarse(37).

Los resultados de este estudio mostraron tener una tasa de deserción general del 78,2%. A pesar de que las tasas de deserción fueron similares para los distintos componentes, los niveles más altos fueron para completar los cuestionarios (utilizados para generar retroalimentación personalizada), en comparación con los más interactivos (como planificación de acciones, planificación de afrontamiento, entre otros)(37).

Además, reveló que la mayor cantidad de desgaste se dio cuando a las personas se les mostró el consejo y se les pidió que hicieran su propio plan de acción. Por otra parte, los usuarios masculinos y los adultos más jóvenes tuvieron una menor probabilidad de completar la intervención. Asimismo, agregan que en un estudio, que ciertos autores realizaron a hombres de mediana edad, lograron descubrir que estos están dispuestos a utilizar las intervenciones web mientras que estas sean rápidas y fáciles de usar, por lo que este es otro aspecto que se debe tomar en cuenta(37).

Un hallazgo que llamó mucho la atención, fue que existía un desgaste durante el primer contacto con el programa que tienen los posibles participantes. Estos no se registraban, una posible causa es la pérdida del anonimato, ya que se les solicita el correo y puede preocuparles su privacidad o el uso que le puedan dar a sus datos personales. Esto demuestra que además de la importancia de las técnicas de cambio de comportamiento, la planificación de acciones siendo estos los componentes activos, también se debe tomar en cuenta los componentes más técnicos por ejemplo el procedimiento de registro de estos programas(37).

Las tasas de deserción fueron similares para los diversos comportamientos de salud. Los niveles de desgaste fueron más altos durante los primeros componentes de las intervenciones que durante los posteriores. Una posible causa de lo anterior es que los primeros tres componentes incluían cuestionarios, mientras que los últimos contenían técnicas de autorregulación que permitían una mayor interacción entre el sitio web y el usuario(37).

De la misma forma, los autores mencionan que el hecho de que los usuarios no conocieran el propósito específico de completar los cuestionarios podría haberlos desanimado, así como la extensión de los mismos, por lo que recomiendan que se les podría

informar acerca de la necesidad de que proporcionen su información a través de los mismos, y que la longitud de estos se mantenga al mínimo(37).

De igual manera, mostró que el hecho de que los participantes recibieran comentarios acerca de su comportamiento y notaran que estaban cumpliendo las normas en salud, podría provocar que ellos decidieran retirarse del programa. De acuerdo con la teoría de las Etapas del cambio, hay momentos en los que las personas no están listas para realizar un cambio de comportamiento inmediato, por lo que la plataforma virtual debe brindarles información y argumentos persuasivos para aumentar su motivación al cambio y hacer esto de una manera atractiva(37).

Una de las principales limitaciones de este estudio, es que tenía una desproporción en la cantidad de hombres y mujeres. Otra limitación es que las intervenciones iban dirigidas a la realización de actividad física, ingesta de frutas e ingesta de vegetales, por lo que los autores sugieren dirigir próximas intervenciones dirigidas a otros comportamientos. Además, por medio de esta investigación no tienen el conocimiento del por qué las personas dejaron de usar la intervención durante los componentes específicos, debido a esto una investigación cualitativa adicional sería de gran ayuda para saber de una manera más específica cómo pueden mejorar la implementación de las técnicas de autorregulación(37).

Por otro lado, Mary Sue Williams y Sherry Shellenberger, ambas terapeutas ocupacionales, fundaron en 1990 en Albuquerque, Nuevo México "Alert Program", que ofrece cursos de sobre autorregulación. Las fundadoras han dedicado su vida a enseñar a las personas de todas las edades sobre la importancia de la autorregulación con el objetivo de que logren crear soluciones simples y prácticas que se puedan incorporar en la vida diaria. Este programa le enseña a las personas a autorregularse, y observar su comportamiento de manera diferente y buscan que quien lo ejecute se sienta más alerta, productivo, energizado y balanceado(38).

Dentro de la oferta de servicios, tienen un programa en línea sobre la autorregulación, el cual está enfocado en las estrategias de autorregulación. Las fundadoras, definen la autorregulación como qué tan alerta se siente una persona, es decir, el impulso interno que lo mueve a lo largo del día. De hecho, con niños, comúnmente utilizan una dinámica sencilla

con la cual relaciona el cuerpo con el motor de un carro, a veces éste va rápido, en ocasiones lento y otras veces justo como debería de funcionar. Cuando el estado de alerta es alto, la persona puede sentirse muy estresada. En un estado alerta óptimo, la persona se siente atenta y es fácil para ella enfocarse. Por el contrario, con un estado bajo de alerta, puede sentirse letárgica o decaída(38).

De acuerdo con las fundadoras, un estado de alerta no es mejor o peor que otro, depende de la situación, por lo que lo ideal es que la persona pueda cambiar de uno a otro durante el día, según lo necesite. El programa hace énfasis en cómo cambiar los niveles de alerta durante el día, de modo que al ser conscientes de la autorregulación a través de diferentes estrategias aprendidas, para las personas sea más fácil realizar actividades diarias, como: levantarse, ir al trabajo, jugar, aprender, relajarse, socializar o dormir(38).

Por otra parte, el estudio ¿Cuál es la mejor manera de reducir las conductas de riesgo poco saludables? Una meta revisión de síntesis de evidencia de intervenciones utilizando principios de autorregulación (How Best to Reduce Unhealthy Risk-Taking Behaviours? A Meta-Review of Evidence Syntheses of Interventions Using Self-Regulation Principles), cuyos autores son profesionales en psicología, realizaron un meta-análisis para evidenciar que las diversas intervenciones de autorregulación son funcionales para reducir la toma de riesgos, las conductas de tabaquismo, consumo de alcohol, dietas desequilibradas, problemas de comportamiento, entre otros(39).

Para llevar a cabo este análisis, las autoras seleccionaron un total de 21 estudios que cumplieron con los criterios de selección. Además, definieron la autorregulación como “la habilidad que tiene la persona para activar, monitorizar, inhibir, perseverar y adaptar su comportamiento, emociones y cognición en respuesta a una situación interna o ambiental a la que se enfrente, con el objetivo de cumplir las metas personales que se haya propuesto”(39).

Gran cantidad de estudios evidencian que una baja autorregulación es el antecedente de conductas de riesgo, mala alimentación, abuso de sustancias, adicción y sexo sin protección. Las conductas de riesgo son aquellas que comprometen o perjudican la salud. Por otra parte, una alta autorregulación es asociada a salud y bienestar general a largo plazo.

Como consecuencia muchas intervenciones de cambio de comportamiento, han implementado teorías de autorregulación(39).

Las cinco intervenciones más utilizadas por estos estudios seleccionados fueron la identificación de barreras/ resolución de problemas, suministro de información, suministro de comentarios personalizados, entrenamiento de habilidades y cualquier tipo de terapia u orientación. La combinación de dos o más de estos componentes en las intervenciones, demostró ser la estrategia más efectiva(39).

De la misma manera, los diseños de las intervenciones con mayores resultados positivos fueron las realizadas individualmente o en grupo, las que utilizaron como medio de comunicación las computadoras o intervenciones cara a cara. Las técnicas más recomendadas para generar un cambio de comportamiento según este estudio, además de las ya mencionadas, corresponden a la discusión, establecimiento de metas, entrenamiento del autocontrol, la identificación de situaciones de alto riesgo, enfocarse en un solo cambio de comportamiento y realizar sesiones con una alta frecuencia(39).

Asimismo, la revisión bibliográfica, Técnicas de cambio de comportamiento autorregulador en intervenciones para promover una alimentación saludable, actividad física o pérdida de peso: una meta revisión (Self-regulatory behavior change techniques in interventions to promote healthy eating, physical activity, or weight loss: A meta-review) fue desarrollada por profesionales en psicología y medicina, con el fin de mostrar que la inclusión de intervenciones de autorregulación en la promoción de la salud se asocia al aumento de resultados positivos(40).

Eligieron un total de 30 revisiones que fueron publicadas entre el 2007 y 2017. Los criterios de inclusión para la selección de estas revisiones, fueron que estos debían ser ensayos evaluados de intervenciones para cualquier tipo de comportamiento de salud relacionado con riesgo de enfermedad crónica. También, tener diferencias de resultados evaluados cuantitativamente asociados con la variación en cualquier componente de intervención que provoca uno o más BCT (Técnicas de cambio de comportamiento por sus siglas en inglés) y examinar al público en general o a individuos no institucionalizados.

Las técnicas de autorregulación BCT examinadas fueron el establecimiento de objetivos, revisión de objetivos, autocontrol, capacitación en control emocional, manejo del

estrés, planificación de acciones, identificación de barreras/resolución de problemas, prevención de recaídas/afrontamiento planificación, gestión del tiempo y realimentación, entre otros. Los datos fueron distribuidos en cuatro categorías: dieta, actividad física, pérdida de peso y múltiples resultados. Este último incluyó cambios en múltiples comportamientos de salud(40).

Con respecto a la dieta, las técnicas más utilizadas fueron la de automonitorización, re-alimentación o comentarios acerca del rendimiento, establecimiento de objetivos de comportamiento y la revisión de los objetivos e identificación de barreras/resolución de problemas. Asimismo, identificaron que era significativamente más eficaz el uso combinado de estas(40).

La actividad física fue más efectiva en personas que fijaron sus objetivos, el autocontrol y la identificación de barreras/resolución de problemas. Además, la automonitorización es más efectiva en adolescentes que en adultos mayores según estos autores; de la misma manera ocurre con los participantes que establecieron objetivos, esto puede deberse a la reducción de la función cognitiva y al interés disminuido en la actividad física. Pueden producirse otras variaciones al considerar que estos estudios difieren en la edad de los participantes y en su estado de salud(40).

Las técnicas que produjeron mejores resultados para perder peso fueron prevención de recaídas, establecimiento y revisión de objetivos y re-alimentación o comentarios acerca del rendimiento. La automonitorización también produjo beneficios y aún más cuando fue realizada por medio de herramientas digitales como aplicaciones para rastrear el comportamiento, en vez de mensajes de texto semanales que debían enviar a los investigadores(40).

Las herramientas más utilizadas en la categoría de múltiples resultados, corresponden a la automonitorización, establecimiento de objetivos y plan de acción(40).

Asimismo, el artículo Un programa de autorregulación para el mantenimiento de la pérdida de peso (A Self-Regulation Program for Maintenance of Weight Loss), desarrollado por enfermeras registradas del Hospital Universidad de Oslo, Noruega, señala que a pesar de que una persona pueda generar cambios y bajar de peso, el principal problema al que se enfrentan, posterior a lograr su peso ideal, es lograr mantenerlo a lo largo del tiempo, por lo

que ellas realizaron un programa de mantenimiento basado en la teoría de la autorregulación. Además, probaron la eficacia de entregar este programa en línea o de forma presencial(41).

Este artículo menciona que la mayoría de las personas que hacen dieta recuperan aproximadamente un tercio del peso perdido durante el próximo año, volviendo a su línea de base en 3 a 5 años, generalmente. Agrega que, muchos de los programas incluyen sesiones de mantenimiento, ya que se ha demostrado que el contacto continuo es útil para mejorar el mantenimiento de la pérdida de peso, sin embargo estas no han sido tan eficaces debido a la heterogeneidad de la pérdida de peso al comienzo de la fase de mantenimiento y también a que las sesiones son prácticamente extensiones del programa de pérdida de peso(41).

Reclutaron un total de 314 participantes, quienes fueron elegibles debido a que habían perdido al menos 10% de su peso corporal durante los 2 años anteriores, así como un médico, amigo o consejero que completara y firmara un formulario que confirmara esto. Estos primero fueron estratificados de acuerdo con la cantidad de pérdida de peso previa y luego asignados aleatoriamente a un grupo control (105 participantes), un grupo de intervención cara a cara (105 participantes) o un grupo de intervención por internet (104 personas)(41). Cada participante fue evaluado a los 6, 12 y 18 meses y recibían un pago monetario por asistir a cada evaluación. Este protocolo fue aprobado por la junta del Hospital Miriam, Providence(41).

Las intervenciones cara a cara e internet fueron idénticas en frecuencia de contacto y contenido, y eran destinados a enseñar a los participantes a regular su peso corporal. Además, cada persona debía informar semanalmente su peso, por teléfono (grupo presencial) o por un formulario web (grupo internet)(41).

El 93% de los participantes completaron el seguimiento durante los 18 meses. Por otra parte, las intervenciones que realizaron con el fin de enseñar la autorregulación del peso corporal, demostraron que solo el grupo del formato cara a cara logró reducir la cantidad de peso recuperado, tras los 18 meses del estudio, en comparación con los otros grupos. La asistencia también fue superior en el grupo cara a cara(41).

La intervención por internet fue efectiva para disminuir la proporción de participantes que recuperaron peso, pero menos efectiva para reducir la cantidad de peso recuperado. Por lo que, según los autores desde una perspectiva de salud pública, consideran conveniente utilizar la estrategia de internet para prevenir la recuperación de peso, pero agregarle asesoramiento presencial o telefónico si se recupera el peso(41).

Además, en general, los autores consideran pertinente un programa de mantenimiento dirigido a las personas que han perdido peso, independientemente de cómo lo hayan logrado y que les enseñe habilidades específicas para lograr mantenerse(41).

Por otra parte, varios estudios evidencian que intervenciones de autorregulación y autoeficacia producen resultados positivos en personas que tienen enfermedades crónicas, como es el caso de la investigación. Educación para el autocontrol de la diabetes (DSME): efecto sobre el conocimiento, el comportamiento del autocuidado y la autoeficacia entre los pacientes con diabetes tipo 2 en Etiopía: un ensayo clínico controlado (Diabetes Self-Management Education (DSME) - Effect on Knowledge, Self-Care Behavior, and Self-Efficacy Among Type 2 Diabetes Patients in Ethiopia: A Controlled Clinical Trial)(42).

Este artículo fue dirigido por dos enfermeras, quienes prepararon una intervención de educación para el autocontrol de la diabetes (DSME por sus siglas en inglés) y evaluaron cómo afectaban los niveles de conocimientos de la diabetes los comportamientos de autocuidado y autoeficacia, realizado en un entorno de recursos limitados(42).

En la intervención participaban dos grupos antes y después, en el Centro Médico de la Universidad de Jimma en Etiopía, con usuarios que padecían de diabetes mellitus tipo II y que tuvieran 30 años de edad o más al momento del diagnóstico, finalmente obtuvieron una edad media de 47 años(42).

Constó de seis sesiones, de 1,5 horas cada una, las cuales eran interactivas e incluían material ilustrativo, intercambio de experiencias y actividades para realizar en la casa, durante un periodo de 6 meses. El grupo de comparación continuó con su atención habitual durante los siguientes 6 meses, que incluían control de la presión arterial y peso, consulta médica, recolectar medicamentos y programar sus próximas citas(42).

Los conocimientos de la diabetes, los comportamientos de autocuidado y autoeficacia fueron medidos al inicio y a los nueve meses después del comienzo de la intervención a

ambos grupos. Al inicio del estudio contaron con 116 pacientes en el grupo de intervención y 104 en el grupo de tratamiento habitual, sin embargo en el punto final, los datos proporcionados fueron de 78 participantes en el grupo de intervención y 64 en el grupo de comparación(42).

Los datos fueron recolectados directamente con los participantes por medio de cuestionarios administrados por entrevista al inicio y al final. Utilizaron la Escala de conocimiento de la diabetes simplificada de Michigan (DKS), el resumen de la actividad de autocuidado de la diabetes (SDSCA) y la herramienta de autoeficacia de la diabetes desarrollada por el Centro de recursos de autogestión de Stanford (SMRC) como herramientas para la recolección de datos(42).

El contenido de la intervención DSME fue inspirado en material de la Federación Internacional de Diabetes, la Asociación Americana de Educadores de diabetes y Diabetes UK, junto con una extensa búsqueda internacional de literatura. El contenido y entrega del programa se adaptó a la situación cultural etíope que considera a los pacientes con diabetes, con bajo nivel de alfabetización(42).

Los conocimientos acerca de la diabetes en el DKS de la evaluación inicial no tuvieron una diferencia estadísticamente significativa entre ambos grupos, sin embargo en el punto final tuvo una mayor puntuación el grupo de intervención. Además, se dio una disminución en los conocimientos en el grupo de comparación desde el inicio hasta el punto final(42).

Con respecto al comportamiento de autocuidado, que incluyó la dieta, ejercicio, cuidado de los pies, tabaquismo, masticar khat y el consumo de alcohol, mostró ciertas variaciones entre ambos grupos. El número medio de días por semana en que los participantes del grupo intervención siguieron las recomendaciones dietéticas generales aumentó significativamente al final, al igual que las recomendaciones dietéticas específicas y el cuidado de los pies(42).

Asimismo, al comparar ambos grupos, identificaron que quienes realizaron las recomendaciones dietéticas y el cuidado de los pies por más días, fueron los participantes del grupo de intervención. Además, no hubo cambios estadísticamente significativos dentro o

entre los dos grupos con respecto al ejercicio, fumar, masticar khat o el consumo de alcohol al inicio o al final(42).

Por otra parte, la autoeficacia de los participantes tampoco mostró diferencias estadísticamente significativas dentro o entre los grupos de intervención. Relacionado a esto las autoras, consideran que puede deberse a la falta de dominio en ciertos comportamientos de autocuidado por parte de los participantes. Además, utilizaron una escalera de colores para ayudarlos a que indicaran su nivel de confianza, la cual pudo haber influido en sus respuestas al no encontrarse familiarizados con esta. Asimismo, durante el estudio, las enfermeras experimentaron que las preguntas relacionadas con la autoeficacia de la diabetes eran sensibles a la cultura y difíciles de formular en su mayoría(42).

Estas autoras concluyen expresando que su estudio al encontrar mejoras significativas a corto plazo en las distintas áreas de análisis, evidencia la importancia clínica y de salud pública para desarrollar proyectos educativos de autocontrol, con el fin de aumentar la capacidad de autogestión de los pacientes(42).

Otro estudio dirigido a personas con alguna morbilidad, es el artículo Prueba de la efectividad de una intervención para perder peso para mejorar la autorregulación en adultos obesos: protocolo para un ensayo controlado aleatorio (Testing the effectiveness of a weight loss intervention to enhance self-regulation in adults who are obese: protocol for a randomised controlled trial) llevado a cabo por profesionales del Departamento de Ciencias de la Salud de Atención Primaria de Nuffield, Universidad de Oxford, busca probar el concepto de si una intervención que capacita a las personas en procesos de autorregulación, ayuda a que estas pierdan más peso en comparación con personas que no reciban este respaldo, así como la evaluación del uso y efectividad de los componentes de la intervención de autorregulación(43).

La participación en este estudio duró 8 semanas. Además, los participantes recibieron dos visitas de estudio, una al inicio y otra después del final de la octava semana de la intervención. Los participantes debían tener 18 años o más y un IMC mayor o igual a 30kg/m². Se dividió la muestra en un grupo control y otro de intervención(43).

Ambos grupos se debían pesar diariamente durante 8 semanas. Además, el grupo de intervención recibió motivación para que siguiera la intervención de autorregulación, el cual

incluyó, la planificación de acciones diarias para perder peso, las cuales eran elegidas por cada participante a partir de una lista que le proporcionaron las investigadoras y debían reflexionar acerca de los planes de acción semanalmente(43).

Las autoras expresan que algunos de los resultados que esperan obtener son un cambio en el peso corporal entre el grupo de control y el de intervención por la condición que tenían estos últimos. También, con respecto al proceso, una adherencia a los pasos de autorregulación, los cuales serán evaluados a través de los registros de peso y cuestionarios de planificación de acción diaria/ evaluación semanal(43).

Los resultados de esta prueba de efectividad no han sido publicados oficialmente, por lo que se desconocen los cambios producidos tras estas intervenciones(43).

A nivel internacional es poca la cantidad de programas de autorregulación que han sido desarrollados por profesionales en enfermería. A pesar de esto, como se evidencia en los artículos antes mencionados, personas de diferentes países han mostrado interés en implementar estrategias de autogestión y autorregulación en el cambio de comportamientos en salud, produciendo resultados muy positivos, entre estos se encuentra la incorporación de prácticas saludables como cambios en los hábitos alimenticios y aumento de la actividad física.

2.1.2. Nacionales

En Costa Rica, se han realizado diversas intervenciones con la población trabajadora, ejemplo de ello es la investigación realizada por los y las profesionales en salud integral y movimiento humano Rodríguez, Ureña, Blanco, Sánchez y Salas, cuyo objetivo fue evaluar indicadores antropométricos, fisiológicos y de aptitud física relacionados con la salud en trabajadores costarricenses. En dicho estudio participaron 965 personas, de las cuales 379 fueron hombres y 586 mujeres, con una edad promedio de $\pm 40,34$ años y todos trabajadores de diferentes empresas tanto públicas como privadas(44).

Los resultados de su investigación determinaron que 19,5% de las personas participantes tenía presiones arteriales no saludables, además, 57% de los trabajadores obtuvo porcentajes de grasa no saludables, el 67,9% de los índices de masa corporal (IMC) superiores a 24,9 kg, y finalmente, el 37,5 % presentó un riesgo entre alto y muy alto de enfermedad cardiovascular(44).

Es importante destacar que según los investigadores, el comportamiento de las variables analizadas fue diferentes según sexo, y edad. Los hombres tuvieron valores de pesos, presiones arteriales, IMC y circunferencia abdominal mayores que mujeres, sin embargo estas últimas presentaron valores promedio superiores en el porcentaje de grasa. Mientras tanto, las personas más jóvenes obtuvieron los mejores valores promedio(44).

Los autores concluyen que un alto porcentaje de trabajadores muestran valores antropométricos y fisiológicos que no son saludables, por lo que sus resultados son una alerta que debe motivar a otras personas a realizar intervenciones que promuevan la salud a nivel laboral, haciendo énfasis en hábitos alimenticios y estilos de vida activos físicamente(44).

Un programa con temáticas similares a las anteriores, fue el desarrollado por proponentes de la disciplina en la nutrición, dirigido a funcionarios del Ministerio de Comercio Exterior de Costa Rica (COMEX), con el objetivo de promover hábitos de alimentación y estilos de vida saludables. En el mismo participaron 120 funcionarios de COMEX, éste se desarrolló en 12 semanas e incluyó los siguientes componentes: meriendas saludables, educación nutricional, reto ¡Cuido mi salud! y actividad física!(45).

Específicamente en el reto, se tomó una muestra por conveniencia de 23 personas, de las que sólo se evaluó el estado nutricional de 20 de ellas. Dicho programa, consistió en 12 sesiones, 9 educativas, 2 de evaluación y 1 de cierre. El objetivo principal de dicho programa fue promover mejores hábitos alimenticios y estilos de vida en los funcionarios a través de una competencia. Los participantes recibieron puntos por asistir a sesiones educativas semanales, por cumplir con sus metas semanales propuestas, realizar actividades físicas, entre otros(45).

Las dos variables evaluadas fueron: estado nutricional y conocimientos relacionados con alimentación y estilos de vida saludables. Los resultados de la valoración inicial indicaron que un 45% de las personas tenía un peso normal de acuerdo con su IMC, mientras que 40% y 15% se ubicaron en sobrepeso y obesidad respectivamente. Además, un 30% de los participantes reportó tener gastritis diagnosticada previamente, 20% hipertensión arterial, 20% colesterol elevado, 20% estreñimiento, 15% colitis y 15% triglicéridos elevados. Con respecto a los hábitos alimentarios, todos realizaban el tiempo almuerzo, sin embargo, 80% el desayuno, 50% merienda matutina, 45% merienda en la tarde y 75% la cena(45).

Los investigadores resaltan que la modalidad del programa tipo concurso tiene ventajas como costo-efectividad, trabajar con grupos, apoyo entre participantes, motivación laboral y bajas tasas de deserción. Además, comentan que parte importante del concurso fue el uso de premios y certificados a los participantes, porque eso aumenta su motivación para cumplir con las metas propuestas, y mejora la asistencia a las sesiones organizadas(45).

Los resultados del programa en general, fueron positivos, ya que hubo cambios significativos en los hábitos de alimentación de los funcionarios, como: mayor consumo de frutas, vegetales y agua, menor ingesta de bebidas gaseosas y más conocimientos en temas relacionados con su alimentación(45). Finalmente, los desarrolladores del programa concluyen que es factible implementar un programa de este tipo en otras instituciones(45).

En la Universidad Nacional de Costa Rica, se realizó un estudio dirigido por profesionales en ciencias del deporte, psicología y sociología, el objetivo de describir y determinar la relación entre bienestar psicológico, espiritualidad en el trabajo y percepción de la salud en funcionarios de esa misma Universidad. En esta investigación, participaron 655 personas, 397 mujeres y 258 hombres”(46).

Estos autores expresan que una organización saludable debe ser entendida como aquellas en las que se promueven y realizan prácticas saludables para la realización de todos los procesos laborales, influyendo positivamente en los empleados para que estos sean más saludables y comprometidos(46).

Los investigadores identificaron correlaciones entre las dimensiones del bienestar psicológico, la percepción de la salud y la espiritualidad. Explican que existen relaciones estrechas entre el bienestar psicológico y la percepción de la salud, es decir, entre más felices y satisfechas estén las personas, “menos molestias somáticas, tienen mejores apreciaciones personales, mejor dominio del entorno y poseen mejores habilidades sociales para vincularse con las demás y para crear comunidad” (Ureña, 2014). De esta manera, una sensación de bienestar está directamente asociada con un positivo funcionamiento psicológico”(46).

Determinaron también que la espiritualidad fortalece la vida interna de las personas y potencia la satisfacción laboral y la sensación subjetiva de salud. Al tener altos niveles de espiritualidad se produce en las personas una “percepción atenuada de los estresores laborales y contribuyen al bienestar y a la salud...las personas con una buena espiritualidad tienen una

autoestima positiva, un locus de control predominantemente interno, mecanismos efectivos para el manejo del estrés, altos niveles de tolerancia y mucha inteligencia emocional”. Como parte de los resultados obtuvieron valores altos en propósito de vida, autoaceptación, funcionamiento social, significado del trabajo y vida interior, sin embargo; hubo puntajes bajos en relaciones interpersonales, autonomía y dominio del entorno(46).

Por su parte, el propósito de vida se asocia a la presencia de metas en los funcionarios y el tener un propósito potencia la salud y calidad de vida. Por su parte, la sensación de autorrealización está relacionada con un buen funcionamiento de la capacidad adaptativa y con una sensación de logro en la vida. La autoaceptación es un factor de crecimiento personal, que se basa en la realización personal, además, consiste en ser consciente de las fortalezas y debilidades propias. Con respecto a la espiritualidad en el trabajo, obtuvieron valores altos, lo que evidencia que tienen una fuerte sensación de trascendencia y satisfacción(46).

Por otra parte, las relaciones interpersonales, que obtuvieron un valor bajo, pueden producir afectaciones, ya que el apoyo social es una de las herramientas más efectivas para el afrontamiento relacionado al bienestar psicológico y la sensación subjetiva de salud. De igual manera, el bajo puntaje en el factor autonomía podría asociarse a deficiencias en el proceso de regulación interna del comportamiento y podría significar que los encuestados son susceptibles a la influencia y aprobación de terceras personas, que se puede asociar a limitaciones adaptativas que podrían afectar negativamente la salud(46).

Los autores concluyen que se requieren de estrategias planificadas y sistematizadas para realizar intervenciones y construir una organización saludable. Además, se debe tomar en cuenta el capital psicológico (fortalezas existentes) con el que cuenta la universidad y así promover el bienestar por medio de intervenciones centradas en cogniciones (entrenamiento en toma de decisiones, generación y ensayo de pensamientos positivos), conductas (fortalecimiento de redes sociales, puesta en práctica de fortalezas, cuidado de la salud) y motivaciones (establecimiento de metas personales, estrategias de afrontamiento o desarrollo de la resiliencia, búsqueda de equilibrio entre retos y competencias)(46).

Finalmente, argumentan que apostar en este tipo de intervenciones traerá beneficios tanto para el trabajador como para la universidad u organización y producirá una mejor

calidad de vida y prácticas saludables produciendo un funcionamiento óptimo, más eficaz y eficiente en favor de todas las partes involucradas”(46).

Más recientemente Chacón-Tencio & Vásquez-Mendoza realizaron una tesis para optar por el grado en enfermería, con personas trabajadoras en el gobierno local de Cartago con el objetivo general analizar la relación entre la regulación de las emociones, el estrés y la calidad de vida relacionada con salud, para ello utilizaron la Teoría de la Autogestión Individual y Familiar de las autoras Ryan y Sawin (2009), teoría de regulación emocional de Groos y la teoría sobre Estrés y Evaluación Cognitiva de Lazarus(47).

Esta fue una investigación cuantitativa no experimental de tipo transversal-correlacional descriptivo. La muestra fue de tipo no probabilística, por conveniencia, y seleccionaron un total de 75 personas. Para llevar a cabo el análisis de los datos obtenidos las investigadoras utilizaron el SPSS (Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales) para calcular índices estadísticos de frecuencia, porcentaje, media y desviación estándar(47).

Como parte de la discusión y conclusiones las autoras señalan que con respecto a la regulación emocional los participantes tuvieron una tendencia más al alta en la reevaluación cognitiva y una frecuencia de uso menor en la supresión expresiva y utilizada en su mayoría en situaciones que incluían emociones negativas. También, obtuvieron un promedio moderado de estrés percibido y la Calidad de Vida Relacionada con Salud (CVRS) tuvo un nivel alto, sin embargo, hubo una frecuencia alta en los sentimientos de tristeza y desánimo(47).

Además, los resultados obtenidos evidenciaron relaciones significativas, la primera de ellas es entre el estrés percibido y la CVRS, ya que “los sujetos que presentaron menores niveles de estrés percibido también presentaron una mayor CVRS en su componente de salud mental” y “el utilizar frecuentemente la supresión expresiva como estrategia de regulación emocional, se vio asociado significativamente con un mayor nivel de estrés percibido en los participantes”(47). Por otra parte, no se demostró ninguna relación entre la regulación emocional y la CVRS.

Las investigadoras mencionan que el fomentar las habilidades de autogestión para la regulación emocional, planteadas por Ryan y Sawin (2009) constituye una herramienta que

puede favorecer el manejo adecuado de los niveles de estrés e influenciar positivamente la CVRS en su parte de salud mental principalmente(47).

Como parte de las recomendaciones finales, las autoras proponen que los profesionales en enfermería deberían desarrollar e implementar intervenciones dirigidas hacia el manejo de la regulación de emociones basándose en la autogestión. Además, que la aplicación de la teoría de Autogestión Individual y Familiar puede producir resultados positivos para los funcionarios de instituciones públicas costarricenses, por lo que recomiendan que estas instituciones realicen alianzas de salud con profesionales que brinden herramientas de autogestión, con el objetivo de desarrollar habilidades para el manejo del estrés(47).

Finalmente, como se evidencia, a nivel nacional no se han realizado programas de autogestión que fortalezcan las habilidades de autorregulación de quienes participen en el mismo. La mayoría de las intervenciones previamente ejecutadas, están dirigidas a promover el autocuidado, hábitos alimenticios, actividad física y estilos de vida saludables. Sin embargo, la mayoría de los autores, coinciden en que es factible llevar a cabo intervenciones con la población trabajadora y motivan a otras personas a promover la salud a nivel laboral.

Se demuestra entonces que existe un vacío importante en el conocimiento y en la práctica en relación con la promoción de las habilidades y destrezas para la autorregulación. La evidencia y la teoría internacional son claras al mencionar que se pueden realizar intervenciones para abordar este fenómeno y de este modo, contribuir con la salud de las personas trabajadoras. Es de vital importancia que en Costa Rica se tomen en cuenta las investigaciones y programas de referencia que se han realizado en otros países, para la aplicación de nuevas estrategias en el país por parte de enfermería, con el fin de promover la salud y prevenir la enfermedad.

2.2. Marco Teórico

Esta práctica dirigida está basada en la teoría de Autogestión Individual y Familiar, de las autoras Ryan y Sawin (2009), una teoría descriptiva de enfermería de rango medio. Las teorías intermedias son más prácticas, precisas y menos abstractas. Se centran en temas específicos que guían el pensamiento y acción enfermera, además, facilita la relación entre teoría y práctica(48). Esta teoría sienta las bases para comprender la autogestión, en este caso

de personas adultas, y contempla al individuo como miembro de una unidad social, que en este caso son las personas que conforman la Unidad de trabajo.

La autogestión es un fenómeno complejo y multidimensional a través del cual las personas controlan y son responsables en el manejo de su enfermedad crónica o comportamientos que promuevan su salud(3). Esta involucra los conocimientos, creencias, habilidades de autorregulación y facilitación social de la persona para comprometerse con comportamientos saludables, y toma en consideración los factores protectores y de riesgo, componentes del ambiente físico y social de la persona, además de características propias del individuo y su familia(3).

En otras palabras, la autogestión es la incorporación intencionada de conductas relacionadas con la salud en la vida de una persona o familia con el objetivo de prevenir o tratar sus enfermedades crónicas o promover su salud en colaboración de un profesional de salud. Esta no es un final ni un resultado, sino más bien un proceso que afecta y conduce a resultados(3).

Aquí es importante hacer hincapié en que la unidad familiar, no se limita a familia biológica, por lo que en este contexto serían más bien los compañeros de trabajo. El observar tanto el comportamiento individual como el del grupo en sí, le da al profesional un panorama más amplio de la situación(3).

En ocasiones, los esfuerzos que hacen las personas por tener cambios de sus comportamientos de salud, son obstaculizados por factores sociales que no son congruentes con la salud, por ejemplo: comunidades inseguras para realizar ejercicio, influencia de pares en la escogencia de alimentos y bebidas alcohólicas, entre otros(3). Desde una perspectiva de la teoría de sistemas, si se da un cambio en un miembro del equipo, éste lleva a cambios en el equipo, del mismo modo, las capacidades y necesidades de una persona dentro de dicho grupo, afectarán el éxito o fracaso de la autogestión individual o familiar(3).

Vivir con una enfermedad crónica o comprometerse con comportamientos saludables es complejo, y requiere que la persona integre comportamientos de autogestión en su estilo de vida y el de su familia. De acuerdo con esta teoría, las personas estarán más anuentes a comprometerse con comportamientos saludables si cuentan con la información y adoptan creencias de salud consistentes con su comportamiento, desarrollan habilidades de

autorregulación y si tienen apoyo social que ejerza una influencia positiva para que las personas se comprometan con comportamientos preventivos de salud(3).

Desde la Teoría de la Autogestión Individual y Familiar, se propone que la autogestión es un proceso dinámico que se clasifica en tres dimensiones: contexto, proceso y resultados proximales y distales (Ver figura 1).

La dimensión del contexto toma en cuenta los factores de riesgo y de protección, la de proceso se enfoca en el cambio en comportamientos de salud y por último, la dimensión de resultados se divide en proximales y distales, que comprenden la participación en comportamientos de autogestión, el estado de salud, la calidad de vida y el costo de la salud(3).




Esta práctica está focalizada en la dimensión de proceso de la autogestión, y en específico en las habilidades de autorregulación, sin dejar de lado que el proceso considera también los conocimientos y creencias de las personas y la facilitación social(3). La autorregulación es un proceso integral para comprometerse con comportamientos de autogestión e incluye habilidades como: establecer metas, automonitorización, pensamiento reflexivo, toma de decisiones, planeación y acción, auto evaluación y control de emociones. Además, es un proceso utilizado por las personas al incorporar un cambio de comportamiento en su rutina diaria y estilo de vida(49).

La participación en habilidades y capacidades de autorregulación genera mejoras en los comportamientos de autogestión(3). Una positiva facilitación social mejora la autorregulación y el compromiso con los comportamientos de autogestión, la cual tiene un efecto directo y positivo sobre el estado de salud(49). El conocimiento por sí solo no genera un cambio en el comportamiento, sin embargo, el mejoramiento del mismo y la contemplación de creencias específicas de salud de la persona, están muy relacionadas con el compromiso de las habilidades de autorregulación, por lo que el conocimiento basado en habilidades de autorregulación, desencadena en comportamientos de autogestión(3).

Los programas de autogestión son diseñados por profesionales de la salud, con el objetivo de preparar a las personas para asumir la responsabilidad del manejo de su enfermedad crónica o para que las personas se comprometan con comportamientos de promoción de la salud(3).

Figura 1

Modelo de la Teoría de la Autogestión Individual y Familiar.

<i>Contexto</i>	Condiciones específicas	Ambiente físico y social	Individuo y familia
<i>Factores Protectores y de riesgo</i>	Complejidad de la condición, Complejidad del tratamiento, Trayectoria	Acceso al cuidado, Ajustes y transiciones del proveedor, Transporte, Cultura, Capital Social	Etapas del desarrollo, Perspectivas, Alfabetización Procesamiento de la información, Capacidades.
			
	Conocimientos y creencias	Destrezas y habilidades y de autorregulación	Facilitación social:
<i>Proceso de autogestión</i>	Autoeficacia Expectativa de los resultados Congruencia en las metas	Establecimiento de metas, Automonitorización, Pensamiento reflexivo, Toma de decisiones, Planeación y acción, Autoevaluación y Control emocional.	Influencia Apoyo Colaboración
			
<i>Resultados Proximales</i>	Comportamientos de autogestión:		Costo de la salud
			
<i>Resultados Distales</i>	Estado de salud	Calidad de vida o Bienestar	Costo de la salud

Fuente: Elaboración propia basada en Ryan P, Sawin KJ. The Individual and Family Self-Management Theory: Background and perspectives on context, process, and outcomes(3).

Estos facilitan el desarrollo de habilidades de autogestión que van a mejorar cambios en comportamientos de salud, disminuir los costos de atención en salud y aumentar la calidad de vida de las personas(3). Existe amplia evidencia de que los programas de autogestión son efectivos en adultos y que el resultado de las intervenciones son más efectivas que la tradicional educación del paciente(3). Las intervenciones que están dirigidas en el proceso de autogestión aumentan el conocimiento, contemplan las creencias de las personas, potencian el uso de habilidades de autorregulación y también fomentan la facilitación social(3).

Finalmente, es importante hacer la diferencia de la autogestión con el autocuidado, porque a pesar de que ambos buscan que la persona se comprometa con comportamientos saludables específicos para alcanzar un resultado, tienen un significado diferente. El autocuidado representa un constructo de la Teoría de enfermería propuesta por Dorothea Orem, y comúnmente, éste término ha sido utilizado para hacer referencia al desempeño de habilidades de la vida diaria como bañarse, alimentarse o vestirse por ejemplo. Mientras que como se explicó anteriormente, la autogestión es el proceso de comprometerse con conductas específicas, mejorando la habilidad de la persona para manejar una enfermedad crónica o promover su salud(3).

2.3. Marco Conceptual

En este apartado se incluye y profundiza en los conceptos relacionados con las destrezas y habilidades de autorregulación que Ryan y Sawin proponen en la teoría de la Autogestión Individual y Familiar(3). Los conceptos seleccionados son el establecimiento de metas, automonitorización, pensamiento reflexivo, toma de decisiones, planeación y acción, autoevaluación y control emocional.

2.3.1. Establecimiento de metas

La autorregulación está implícita en el establecimiento de metas, ya que esta ha sido utilizada para referirse a varios procesos que involucran alcanzar y mantener metas, las cuales son representadas como estados deseados por una persona(50). Para lograr una efectiva autorregulación, los seres humanos deben desarrollarse en un contexto en el cual puedan crear sus episodios de aprendizaje de acuerdo con sus propias metas(51).

El proceso de establecer una meta no es una tarea fácil(52), ya que implica que la persona delibere o medite sobre posibles metas, hasta definir una específica y que empiece a tomar acciones que determinen el éxito de alcanzar esa meta. Durante este proceso, el individuo pasa de una mentalidad deliberada, en la que aún está considerando si comprometerse o no con la meta, a una mentalidad en la que más bien busca métodos para alcanzarla(53).

Cuando las metas están definidas, las personas trabajan más duro para alcanzarlas, porque hay una evaluación objetiva del éxito o fracaso de las mismas(53). Una vez que la persona sabe la meta que quiere alcanzar, debe de descomponerla en pasos más pequeños, ya que éstos son más fáciles de manejar y normalmente simplifican el proceso. Alcanzar una meta es un proceso, y por eso deben de ejecutarse paso a paso, esto disminuye la presión que pueda sentir la persona e incluso es más probable que disfrute del proceso(54).

Es una herramienta motivacional importante (52) ya que a través de esta se mejora el comportamiento de las personas al darles dirección, autorregulación y la persistencia del esfuerzo dirigido hacia una meta específica(55), además es un proceso volitivo(50). El establecer metas, es uno de los aspectos esenciales en el comportamiento dirigido a alcanzarlas, debido a que dicha construcción une las metas con planes de acción(51). La desventaja de no establecer metas, es que la persona puede desenfocarse y perder el rumbo(52). El establecimiento de objetivos es el primer proceso clave de la autorregulación, los siguientes son: planear cómo alcanzarlos, avanzar o mantenerse en la meta y finalmente evaluar el proceso(50).

Es común que el establecimiento de metas ocurra antes de que se lleve a cabo una tarea, sin embargo, éste también podría darse en cualquier momento de la ejecución o el desempeño de las mismas. Del mismo modo, aunque el individuo haya establecido metas desde el principio, estas pueden ser ajustadas o cambiar en cualquier momento que se desarrolle una actividad de acuerdo con los procesos de monitoreo, control y/o reflexión de la persona(51).

Cullen (2001) propuso cuatro pasos para establecer objetivos basados en la teoría de establecimiento de objetivos de Locke y Latham(55), estos son:

- a) Reconocer la necesidad de efectuar un cambio, este puede ser iniciado por fuentes internas o externas.
- b) Establecer un objetivo que sea específico y retador.
- c) Promover actividades dirigidas al objetivo que involucre movilizar recursos y auto monitorearlas.
- d) Auto recompensarse por los objetivos alcanzados, de manera que la persona se motive a continuar trabajando por alcanzar sus metas y esforzándose(55).

Establecer una meta permite que las personas definan sus objetivos y tracen un plan de acción para lograrlos (54). Las personas con alta auto eficacia, establecen objetivos más altos que los demás, son muy comprometidos con ellos y son más propensos a actuar y desarrollar tácticas o estrategias para alcanzarlos(55). El establecimiento de objetivos motiva el desarrollo y uso de habilidades de autorregulación, que a su vez aumentan la posibilidad de alcanzar el objetivo(55).

Se ha identificado propiedades de los objetivos (dificultad, especificidad y proximidad) así como componentes del establecimiento de los mismos (retroalimentación, recompensa, conocimiento y compromiso) que promueven la motivación, la autoeficacia y el cambio de comportamiento de las personas(55). Por su parte, el método SMART propone que los objetivos deben de tener las siguientes características para que sean correctamente definidos y más fáciles de alcanzar: específicos, alcanzables, medibles, relevante y con límite de tiempo(56).

La dificultad es la primera de las propiedades, y es que el objetivo debe de tener cierto nivel de complejidad de manera que induzca a esfuerzo a la persona, sin embargo, debe ser uno razonable y alcanzable para esta(51,55). Establecer una meta específica y desafiante conduce a que la persona tenga un mayor rendimiento que a una más fácil, es decir, existe una relación lineal entre los factores, ya que conforme aumenta la dificultad del objetivo, así también es el esfuerzo requerido y el desempeño de la persona(52).

La segunda propiedad es la especificidad, cuando un objetivo es específico, éste le da a la persona una dirección clara y determina la cantidad de esfuerzo que necesitará para

alcanzarlo, este tipo de objetivo hace que sea más fácil regular el esfuerzo que la persona realiza(55).

Finalmente, la proximidad, es decir si el objetivo es a corto, mediano o largo plazo. Los primeros, implican que la persona se esfuerce desde el momento en que establece su meta(55), se pretenden cumplir en un corto periodo y no disponen de plazos estrictos. Una meta a mediano plazo es la que se planea alcanzar los objetivos en un tiempo que puede ir de tres meses hasta tres años. Finalmente, los objetivos que toman más de cinco años en ser alcanzados, corresponden a las metas a largo plazo(54), es más fácil que la persona posponga sus esfuerzos en este último caso(55).

Es importante que se establezca una fecha límite para alcanzar la meta (51,54), ya que en caso de no hacerlo, es más probable que la persona tienda a aplazarla. Si no se llegara a cumplir en el tiempo establecido, entonces la persona puede ajustar la fecha razonablemente(54).

Con respecto a los componentes, la retroalimentación se describe como el conocimiento que tiene la persona sobre el estado de la meta u objetivo establecido, mejora el cumplimiento de objetivos y debería de ser brindada regularmente. La recompensa es un motivador para continuar en el progreso hacia el logro del objetivo, puede ser interna, como una forma de demostrar orgullo por el progreso, o externa, cuando otra persona reconoce el esfuerzo que está haciéndose(55).

El conocimiento hace referencia a que las personas utilicen las habilidades y la información que tengan para desarrollar estrategias que les faciliten el logro de sus objetivos. Por último, el compromiso es fundamental, ya que si el individuo no está comprometido con el objetivo propuesto, no habrá efecto en la meta y por lo tanto tampoco habrá un cambio de comportamiento(55). Es más probable que una persona alcance una meta si esta tiene mucha importancia para el individuo(51).

El establecimiento de objetivos es una estrategia de intervención viable para cambiar comportamientos de salud(55). En relación con la gestión de la salud, el establecer metas podría tener como resultado una mejor adherencia al tratamiento y en general, mejores resultados, esto podría estar relacionado con que al proponerse una meta, los individuos son

más conscientes de alcanzar ese resultado deseado y tomar más tiempo en monitorizar y evaluar los comportamientos que están relacionados con su problema de salud(51).

Existen tres formas de establecer objetivos con personas adultas en un entorno laboral: autoestablecidos, asignados y participativos(55). En los autoestablecidos, los objetivos son escogidos por la persona, los asignados hacen referencia a que el profesional designó el objetivo a la persona, y en los participativos, los objetivos se plantean en conjunto, es decir, entre la persona y el profesional a cargo. No se ha demostrado que un tipo sea más efectivo que otro(55).

Cuando se utiliza el establecimiento de metas para promover cambios en los comportamientos de salud se recomienda: valorar el compromiso de la persona para cambiar un comportamiento específico, valorar si el cambio deseado es complejo y es preferible organizarlo en pequeños objetivos o un plan de acción, desarrollar habilidades para incrementar la autoeficacia, asegurarse que los objetivos establecidos tiene suficiente dificultad para que impliquen un esfuerzo significativo para la persona, pero que aún así sean realistas y alcanzables, además proporcionar una retroalimentación del cumplimiento de objetivos de manera regular, idealmente en forma gráfica(55).

El uso de la tecnología es una innovadora forma para que los adultos se comprometan con sus objetivos, programas de la computadora, el correo electrónico e incluso aplicaciones podrían crear una experiencia divertida e interactiva a los y las participantes, que les permita un acercamiento personalizado en educación para la salud(55).

2.3.2. Automonitorización

La automonitorización es en muchos casos la primera etapa de la autorregulación, esto porque indica una temporal desconexión con el automatismo o bien una transición de realizar tareas de forma inconsciente a hacerlo con plena atención. En ausencia de atención al desempeño, no ocurre la autoconciencia para alcanzar una meta(57).

Por ende la automonitorización es un subproceso fundamental de la autorregulación que hace referencia a observar los propios comportamientos metas (58–60) y con base en esa información, evaluar el progreso y hacer los cambios necesarios para asegurarse de conseguir la meta establecida, y por ejemplo: redefinirla o proponer una más realista con base en los resultados obtenidos(58,59).

En otras palabras, es un mecanismo de autoevaluación para monitorear el cumplimiento de las metas(61). Es la observación de uno mismo (57) que usualmente involucra que la persona lleve un registro físico de sus acciones o comportamientos(58). Es también considerada un elemento de la autogestión de la salud y como resultado de ello mejora la calidad de vida de las personas(59,60,62).

La automonitorización posee dos componentes principales: la consciencia corporal y las mediciones(59). El primero implica ser consciente de los síntomas, sensaciones, actividades diarias y procesos cognitivos que se experimenten; mientras que el segundo son mediciones, grabaciones u observaciones que debe hacer la persona, de manera que provean información de sus acciones o comportamientos(59). Dichas mediciones pueden ser objetivas a través de dispositivos como glucómetro, podómetro o balanza; o subjetivas como diarios, check list, entre otros(59).

Estos dos conceptos se encuentran estrechamente relacionados, ya que una persona necesita de la consciencia para saber qué observar o medir, mientras que las mediciones le dan información a la persona para mejorar sus habilidades de consciencia. Con esto, no se quiere dar a entender que la automonitorización sea solo ser consciente de los síntomas o mediciones, sino que esta se compone de ambos y su interacción mejora la autogestión, ya que promueve que las personas le presten más atención a su salud(59).

La consciencia corporal es esencial en la automonitorización de las enfermedades crónicas, pero también incluye el conocimiento de hábitos personales y comportamientos que afecten la salud(59), ya que la automonitorización es un elemento crucial de la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad(63).

Estar en mayor sintonía con el propio cuerpo, toma tiempo y práctica y los profesionales en enfermería son capaces de guiar a las personas para que conozcan a qué prestarle atención y qué mediciones u observaciones deben registrar. La consciencia crece con el tiempo si las personas piensan en lo que experimentan, ven la relación con su enfermedad o condición de salud y saben qué hacer con el síntoma o sensación percibida(59). Además, es importante que ellos sepan en qué momento deben comunicarse con un profesional de salud.

Previo a la automonitorización, la persona debe de tener conocimiento sobre el proceso de su enfermedad y sus síntomas, apoyo social, habilidades para resolver problemas, realizar mediciones o llevar un registro y establecerse metas, todo ello para para detectar variaciones en su estado de salud y en sus mediciones(60,62). En contraparte, como resultado de la automonitorización, se espera que mejore la autogestión, el manejo de los síntomas y la regulación de la enfermedad, se reduzcan las complicaciones de salud, se establezcan metas más realistas, mejore el afrontamiento y la actitud ante la enfermedad, y tenga una mejor calidad de vida(62).

La automonitorización implica que la persona le preste atención al comportamiento que tiene para conseguir el progreso de una meta, además esta puede tener un efecto sobre la motivación, ya que la realimentación en personas que están desmotivadas podría revelar un progreso inesperado, lo que a su vez puede aumentar las expectativas de sus resultados y la autoeficacia de la persona(58). Cuando una persona se auto monitoriza, aumenta la consciencia de su estilo de vida y se sienten motivados para estar más saludables(63).

El principal propósito de esta herramienta es facilitar las mejoras personales y los cambios en el comportamiento(58,59). La información obtenida en una auto monitorización puede ser utilizada para evaluar el progreso personal, distinguir patrones de causalidad y también iniciar estrategias dirigidas a modificar o redirigir la acción(58). La incorporación de este tipo de estrategia de autorregulación fomenta el desarrollo de habilidades de pensamiento crítico y reflexivo, es decir, cuando las personas desarrollan estas habilidades son capaces de monitorear su propio pensamiento y proceso de aprendizaje(61).

La automonitorización es una técnica esencial de cambios de comportamiento que puede ser aplicada en la gestión de la salud(64). Desde este punto de vista, cuando hay objetivos establecidos, es más probable que una persona decida auto monitorearse(51). Cuando las personas mantienen notas de sus comportamientos en forma de diario o “check list” en sus calendarios, son más conscientes de sus logros y deficiencias, lo que los lleva a tomar acción sobre estas(64).

La automonitorización también tiene gran importancia en los casos en que la persona tiene algún problema de salud, sin embargo, tiene en sus manos el control de algunos aspectos relacionados con dicho problema.(51), como es el caso de las personas que tienen

enfermedades crónicas. Además, a través de esta herramienta las personas pueden aprender a reconocer signos o síntomas tempranos de algún eventual problema de salud, y acudir con profesionales antes de que éstos empeoren(59).

Los programas de autogestión proponen intervenciones que facilitan las habilidades de auto monitorizar síntomas o procesos psicológicos y tomar decisiones informadas como participantes activos del manejo de su salud. Las intervenciones pueden ser: retroalimentaciones, enseñanza, juego de roles, apoyo psicológico, herramientas para la toma de decisiones, entre otros(62).

También es posible realizar la automonitorización de forma digital y de hecho tiene grandes beneficios, entre ellos que los participantes puedan reportar experiencias en el momento que ocurren y documentar información sobre lo que piensa, siente o de sus comportamientos en un determinado momento, ya que puede ingresar la información desde la casa o bien fuera de ella, siempre que lleven consigo algún dispositivo para registrarlo(63). La automonitorización puede ser activa o pasiva, en la primera, las personas deben de reflexionar y evaluar la situación, mientras que en la segunda la información se registra automáticamente, como es el caso de los relojes inteligentes o de ejercicio(63).

2.3.3. *Pensamiento reflexivo*

Dewey (1993) propone que el pensamiento reflexivo es una manera diferente de pensar. Es una forma de procesamiento mental aplicada para tener un mejor entendimiento de ideas complejas y así ayudar a procesar los conocimientos, percepciones y emociones que tiene la persona(65).

Zimmerman (2000) considera que las habilidades asociadas con pensamiento reflexivo pueden ser consideradas componentes de la autorregulación(61). Así mismo, Villarini (2002) explica que el pensamiento reflexivo está formado por habilidades de autorregulación y metacognición y por operaciones como: relacionar, analizar, sintetizar y evaluar(66).

El pensamiento reflexivo hace referencia a una compleja forma de pensamiento casi exclusiva de la etapa adulta(67), que implica tener una mente abierta pensando activamente, lo que fomenta la apertura a nuevo conocimiento(68). Los elementos clave que guían el

desarrollo del pensamiento reflexivo son: el uso de evidencia y razonamiento, cuestionarse el conocimiento y las creencias y la búsqueda activa de conclusiones(67).

El pensamiento reflexivo depende de la habilidad de pensar en forma abstracta y precisamente por esto es que está asociado con los estados del desarrollo más avanzados, ya que hay evidencia que indica que esta nueva capacidad de generar el pensamiento abstracto avanzado surge hasta en la adultez temprana, alrededor de los 20 años de edad(67).

Sin embargo, esta no es una habilidad fácil de construir o mantener, tampoco surge automáticamente a una edad particular o etapa del desarrollo, sino que requiere un compromiso continuo de la persona que implica búsqueda de evidencia y razonamiento, éste debe de ser minuciosamente construido, a través del pensamiento abstracto. Puede tomar un periodo significativo de tiempo para desarrollarse, entre 6 y 10 años(67). Por lo tanto, aunque todos las personas adultas tienen la capacidad de desarrollarlo, pocos adquieren esa competencia ya que depende del nivel de compromiso de la persona para desarrollar esa habilidad en ambientes que estimulen el intelecto(67). Además, el pensamiento reflexivo es dinámico y no es lineal, por lo que existe una significativa variabilidad entre los individuos, es decir, dos personas de la misma edad tienen diferentes niveles de habilidad desarrollada del mismo(67).

Esta actividad cognitiva implica el dirigir los recursos mentales de forma consciente y sistemática para contemplar lo que se hizo o está haciendo para lograr un objetivo o alcanzar una meta. Trata de convertir procesos de pensamiento que normalmente son espontáneos en reflexivos, y con base en eso, guiar el pensamiento hacia una acción(66). Es decir, involucra la auto consciencia, análisis de experiencias, evaluación, toma decisiones y la planeación y acción(61).

Comúnmente, el pensamiento reflexivo es canalizado hacia problemas prácticos que generan incertidumbre antes de encontrar posibles soluciones(65). De hecho, Dewey (1989) considera el pensamiento reflexivo que tiene una persona, se caracteriza porque se presenta un estado de duda o vacilación en la que se origina el pensamiento, pero a su vez, se da un acto de búsqueda para aclararla(66).

A través de un pensamiento reflexivo, las personas revisan y cuestionan sus ideas, a la vez que toman conciencia sobre ellas, para que de este modo puedan tener razones y

puedan formular criterios, y así tomar mejores decisiones para resolver sus problemas(66). De hecho, los atributos asociados con el pensamiento reflexivo, le dan a los adultos muchas herramientas cognitivas que pueden utilizar al abordar una amplia gama de tareas(68).

Además, este tipo de pensamiento ayuda a las personas a monitorear su desempeño. Es un medio para analizar y evaluar los procesos de aprendizaje, por lo que desde este punto de vista, es aceptable manifestar que la automonitorización se encuentra asociada con el razonamiento y pensamiento reflexivo de las personas(61).

Ryan (2013)(66) propone cuatro niveles jerárquicos de pensamiento reflexivo:

- a) Informar y dar respuesta: es el nivel más básico de reflexión, en este punto se hace énfasis en que la persona tiene una situación en la cual centrar su reflexión. Gaitán (2007) define esta primera etapa como: concientización.
- b) Relación: en este nivel la persona reflexiona sobre el tema, se trata de que haga conexiones con sus experiencias previas, e incluya habilidades y conocimientos, además de que relacione sus valores y prioridades con los de otras personas.
- c) Razonamiento: es el nivel en el que la persona es capaz de realizar reflexiones a profundidad, argumenta sus justificaciones, consulta bibliografía y toma en cuenta diferentes perspectivas.
- d) Reconstrucción: es en este nivel en el que se encuentra la cúspide del proceso reflexivo, la persona es capaz de demostrar nuevas ideas y formas de pensar sobre un problema(66).

El pensamiento reflexivo ayuda a las personas a desarrollar habilidades de pensamiento de orden superior al incitarlos a relacionar el nuevo conocimiento con el previo entendimiento, aplicar estrategias específicas en nuevas tareas y a entender su propia manera de pensar y aprender(65).

Algunos principios y condiciones en las estrategias de enseñanza-aprendizaje que se deben de tomar en cuenta para desarrollar un pensamiento reflexivo son:

- a) Debe haber una relación entre experiencia, acción y contexto, algunas estrategias pueden facilitar esta conexión, por ejemplo: la simulación, el análisis de casos reales, la resolución de problemas y el planteamiento de retos.

b) Plantearse y responder preguntas, pensar en voz alta cuando se va a resolver un problema, el diálogo reflexivo, el debate y deliberación favorece que las personas sean conscientes de su proceso de aprendizaje, cuestionando la teoría, y la reacción de la misma con las experiencias propias, ayuda reinterpretar y reconstruir significados.

c) Promover espacios para que las personas trabajen su responsabilidad y autonomía, fomentando la creación de proyectos personales, la toma de decisiones, la reflexión y argumentación propia.

d) Fomentar el trabajo en equipo, ya que a través de este las personas se interrelacionan y crean conflictos sociocognitivos a través del diálogo, intercambio y discusión de ideas, por lo que con esta estrategia se fomenta la comunicación, el contraste y la argumentación.

e) Brindar una realimentación a las personas sobre el desarrollo de su proceso les ayuda a tener mejores resultados en el cumplimiento de las metas establecidas y los hace más conscientes de las competencias o habilidades que han desarrollado.

f) La escritura (diarios, mapas conceptuales) y la narración son también estrategias que ayudan a construir pensamiento relacionándolo con experiencias previas y con su motivación para alcanzar sus metas(69).

2.3.4. Toma de decisiones

Es una habilidad de la autogestión que está basada en tener suficiente y apropiada información(70).

La toma de decisiones es una actividad fundamental en el ciclo de vida de todas las personas, esta determina el curso de acción que se sigue para alcanzar alguna meta(71). Es un fenómeno complejo y variado que comúnmente se deriva de un problema decisional que tiene múltiples alternativas de solución, resultados y consecuencias, también tienen diferentes grados de complejidad(72).

De hecho, existen dos modelos de la toma de decisiones: el intuitivo y el racional, el primero se da a través de un proceso no intencional, incontrolable e inconsciente, mientras

que el racional, genera resultados conscientes a través de un proceso mucho más laborioso, intencional y controlado(73).

Las estrategias que sigue una persona se pueden agrupar de esta forma:

- a) Estrategia computacional: se da en situaciones en las que la persona sabe lo que quiere y cómo conseguirlo, son decisiones simples.
- b) Estrategia de compromiso: se plantea cuando quien toma la decisión no tiene mayor claridad sobre los resultados que prefiere, pero sí sabe cómo conseguirlos.
- c) Estrategia de juicio: es la forma más habitual que adoptan las situaciones de decisión. La persona tiene claridad respecto a lo que quiere, pero no sabe la forma más conveniente para cómo lograrlo. Se debe de evaluar la situación y buscar formas de aproximarse a la meta, hasta conseguir una para alcanzarla.
- d) Estrategia de inspiración: se da cuando la persona tiene incertidumbre tanto sobre el ordenamiento de sus preferencias, así como cómo conseguirlo, entonces en estos casos la toma de decisión termina siendo prácticamente al azar(74).

La toma de decisiones es un procesamiento de carácter cognitivo que realiza una persona cuando está frente a una situación para cual tiene una o más opciones, las cuales tiene que evaluar y establecer cuál de ellas cumple con sus expectativas, metas o intereses y esto va a producir un proceso reflexivo y posteriormente una conducta que va a seguir(72).

En este proceso la persona reúne a través del razonamiento sus dos fuentes de información, interna y externa. La primera está relacionada con las preferencias, creencias u objetivos del individuo; la segunda hace referencia al contexto en el que se circunscribe una decisión y se definen las alternativas para la misma. Una vez que la persona tuvo su proceso de razonamiento, elige un curso de acción de acuerdo con sus preferencias y objetivos(71).

Según James Thompson (1967)(74) la toma de decisiones se puede clasificar en dos dimensiones que experimenta todo ser humano, estas pueden ser conscientes o no:

- a) Creencias respecto a relaciones causa-efecto, es decir, el resultado que producirá un efecto.

- b) Preferencias por resultados posibles, o sea, los resultados que podrían derivarse de una eventual decisión.

El proceso para tomar una decisión se desarrolla en las siguientes fases:

- Percibir y definir un problema: se debe hacer un análisis objetivo del problema, distinguir causas, efectos y síntomas relacionados. Es importante que la persona escuche la opinión de otras personas con experiencia que estén relacionadas con el problema. Todo esto permite situar el problema en una dimensión real.
- Determinar objetivos: la persona debe de pensar tanto en los resultados ideales como en los más posibles de lograr. Se establecen normas o criterios para juzgar las soluciones.
- Plantear múltiples soluciones: la experiencia y conocimientos de la persona van a influir en el proceso. Se puede consultar a otras personas relacionadas con el problema para contemplar diferentes alternativas tomando en cuenta las experiencias de otras personas, a la vez que se verifica la validez de las mismas. Es muy importante que si se discute el problema con otras personas, sea porque su aporte es mayor que la que se lograría individualmente, es decir, se debe de elegir muy bien a quién consultar. Se recomienda consultar a personas clave para deliberar y formular alternativas
- Elegir una alternativa: se deben de tomar en cuenta los beneficios y consecuencias de cada alternativa. Se debe de tomar en cuenta la adaptabilidad, es decir, la aceptación que tiene dicha alternativa por parte de quienes estén involucrados en su ejecución. Es recomendable, además que se tenga una segunda elección en caso de que no se logren los resultados esperados con la primera.
- Elaborar un plan de acción o estrategia.
- Poner en práctica el plan: se deben de prever eventuales problemas que puedan presentarse, darle seguimiento a la ejecución, y si los resultados no están siendo los esperados, realizar los ajustes necesarios para corregirlo(75).

En otras palabras, el proceso de búsqueda de información y alternativas se da cuando una persona no tiene un mínimo nivel de satisfacción con alguna situación. Posteriormente,

esta recolecta información, busca alternativas y realiza una evaluación objetiva e imparcial de cada una de ellas, para luego establecer prioridades, y finalmente cuando alcanza cierto grado de confianza, toma una decisión(74).

Sin embargo, a veces puede ser que después de todo este proceso, la persona haga una elección sin considerar mucha información, o después de haberlo hecho elige otra alternativa por consideraciones no relevantes, esto podría ser una forma de evitar situaciones difíciles(74), como cuando se percibe riesgo, incertidumbre o la persona no es capaz de predecir los resultados futuros(71). Una situación similar ocurre cuando la búsqueda de información es muy abrumadora(74).

Una decisión acertada es aquella que satisface las preferencias de la persona de manera cotidiana(71). Al centrar la toma de decisiones en el ámbito de la salud, dicho problema decisional además está condicionado por las características particulares de cada persona, es decir, su estado físico, mental, valores, expectativas, entre otros. Y también por el contexto en el que se dé la situación, el tiempo que se tiene y la información existente, por ejemplo(72).

Desde éste mismo punto de vista, algunos autores comparten que existen dos posiciones éticas con respecto a la toma de decisiones de los pacientes: paternalista y elección informada. En el primer modelo, los profesionales de salud deciden por la persona, sin respetar su autonomía y creando una distorsión en el reconocimiento y aceptación de la responsabilidad del individuo. Mientras que en los modelos basados en el consentimiento informado, el profesional le proporciona información al paciente, pero es quien toma sus decisiones(76,77). Dependiendo de la cultura, la familia de la persona puede ser uno de los factores que limite o amplíe el derecho a decidir en forma autónoma(77).

Otros autores clasifican las variantes de la toma de decisiones de las personas en concepciones restrictivas o aperturistas(76). En la primera, se defiende la percepción de que las preferencias de la persona sobre las intervenciones podrían ponerlos en riesgo, o no conseguir el objetivo de cuidarlo o curarlo, incluso se resalta que a veces ellos mismos no conocen sus preferencias por lo que los profesionales en salud deben de guiarlos en dicha toma de decisiones(76,77).

En este caso, una alternativa es que los y las profesionales tengan empatía con la persona y construya con información las posibles alternativas que esta tiene, de modo que pueda tomar una decisión autónoma de acuerdo con sus preferencias(77). Esta posición ha sido la más desarrollada en la práctica clínica, sin embargo, algunos autores coinciden con que impacta de forma negativa la capacidad de toma de decisiones de los pacientes(77).

Mientras tanto, la orientación aperturista considera que se puede aprovechar el conocimiento de los profesionales para que la persona reflexione y así pueda adaptarlo a sus preferencias para tomar decisiones autónomas(76). La relación que se dé entre las partes depende de factores como la confianza, el tiempo que dure la relación, el ambiente en el que se desarrolle, entre otros(76,77).

2.3.5. Planeación y acción

La planeación es un componente central de la autorregulación que requiere control sobre el pensamiento, esfuerzo para construir una secuencia de pasos de un estado presente a uno deseado, considerar alternativas, además de anticipar posibles obstáculos(78). En otras palabras, la planeación ayuda a las personas a alcanzar las metas propuestas, es decir, es una forma activa de prepararse para una acción futura que requiere de esfuerzo mental y de utilizar herramientas de autorregulación con el objetivo de facilitarle el camino a la persona una vez que se inicie la acción en sí(78).

Comúnmente la planeación surge una vez que existe una intención, ya que desde ese momento toman lugar los pensamientos y estrategias de autorregulación sobre cómo implementar y traducir en acciones dicha intención, y precisamente, la planeación especifica cuándo, con qué frecuencia, dónde y cómo se cumplirá un objetivo y ayuda a las personas a detallar las acciones que debe de llevar a cabo para alcanzar su meta(56,79).

Sin embargo, las intenciones no necesariamente se traducen en acciones, por lo que a través de la planeación la persona crea subacciones de modo que pueda traducir la intención en acciones que le ayuden a alcanzar su objetivo(80), y así unir la brecha existente entre una intención y que efectivamente se dé un cambio en el comportamiento. La planificación de acciones, ocurre cuando los planes para iniciar un cambio se elaboran(79).

La planeación corresponde a determinar con anticipación las decisiones y acciones concretas que serán necesarias para realizar un cambio. Sirve como una ruta que va a guiar

hacia la consecución de objetivos y metas, incluye la manera en la que se organizará e implementará el conjunto de tareas(70).

Requiere tomar medidas que luego se convertirán en acciones que dirigirán a la persona hacia el objetivo que se tenga establecido. El establecer las medidas puede parecer más una decisión que una habilidad, pero hay habilidades involucradas en aprender a cambiar un comportamiento(70). La planificación va a ser una guía diaria y lo más importante de esto es hacer un plan de acción a corto plazo y llevarlo a cabo.

La planeación también es una forma simple y efectiva de anticiparse a los problemas a los que se enfrenta una persona para conseguir un objetivo(80), por lo que involucra que la persona cree un plan de afrontamiento, éste hace referencia a anticipar obstáculos que se puedan presentar mientras la persona trata de hacer un cambio de comportamiento y elaborar estrategias para afrontarlos(56,79).

Algunas de las estrategias que se pueden utilizar son: conversar y evaluar con la persona el nivel de dificultad de llevar a cabo las acciones propuestas, que esta comente su plan de acción con sus pares(56). El plan de afrontamiento puede ser escrito junto al plan de acción(56).

En este se identifican barreras, también facilitadores y se evalúa la confianza de la persona para llevar a cabo su plan de acción (56) comúnmente la persona debe de evaluar su confianza en una escala del 1-10, y si esta califica su confianza con menos de 7 puntos, entonces se debería de elegir un plan que sea más factible(81).

El realizar la planeación de un cambio debe ser algo que la persona esté bastante segura de que puede lograr, deben ser medidas realistas. Con el fin de lograr esto, es necesario que la persona esté involucrada activamente en la planeación que ayudará al cambio de comportamiento que se desea, ya que esto facilitará la acción y compromiso(82). Cuando una persona está participando activamente es cuando esta se encarga de forma directa de su propio cuidado(82).

La planeación es una efectiva estrategia de autorregulación y una provechosa intervención en los cambios de comportamiento en salud(80), es utilizada en los programas de autogestión ya que ayuda a las personas a alcanzar mejores resultados(56).

Por esto, es importante que la persona esté informada de su condición y de las medidas que se requieren para mejorar su estado de salud. Si la persona ha sido adecuadamente informada y ha participado en la toma de decisiones de forma colaborativa va a estar más satisfecha, va a tener una mayor autoeficacia y comportamientos más saludables, lo que va a producir mejores resultados(82).

Por su parte, la acción corresponde a la ejecución de estos actos o hechos establecidos en conjunto, en los que participa tanto el profesional como la persona interesada(79). Es un término utilizado para describir una variable más próxima de la autorregulación, que consiste en una retroalimentación negativa, donde la información entrante se compara con los estándares que tiene la persona y cuando se encuentran discrepancias, se realiza un esfuerzo para reducirlas, es decir, implica: ser consciente de los estándares, de monitorizar su comportamiento y realizar un esfuerzo de autorregulación para reducir las discrepancias entre el comportamiento actual y los estándares definidos(79).

En resumen, una vez que se estableció una meta, y los estándares o criterios para llevar a cabo una acción deben de ser especificados, por ejemplo: hacer ejercicio 3 veces a la semana en el gimnasio. La persona debe de ser consciente de estos estándares durante su curso de acción, debe mantenerlos en mente, ahí se da una automonitorización del comportamiento y en caso de encontrar discrepancias, un esfuerzo para reducirlas(79). Una falta de conocimiento de dichos estándares o falta de automonitorización puede llevar a un fracaso en la autorregulación(79). El tomar el control de las acciones es uno de los principales procesos de autorregulación en el cambio de comportamientos.

Los principales objetivos del profesional, deben ser dirigidos a ayudar a los pacientes a participar activamente en el manejo de su condición, a que tomen decisiones sobre su salud, conocer su condición, dominar la resolución de problemas y la fijación de objetivos y habilidades de afrontamiento que les permitan realizar los cambios necesarios para mejorar la salud y proporcionar apoyo continuo para esos cambios(82).

2.3.6. Autoevaluación

La autoevaluación es una tarea fundamental de la autorregulación y es un proceso de reflexión personal, consiste en valorar uno mismo la capacidad que tiene para realizar alguna tarea o actividad, así como también la calidad con la que esta es llevada a cabo(83).

Se da una autoevaluación cuando la persona compara el estado de su objetivo establecido con su nivel de desempeño actual(84). En otras palabras, es evaluar el progreso que se ha tenido utilizando estándares personales o sociales(50).

Hace referencia a juzgar la calidad y/o cantidad del resultado de una persona en una tarea determinada, para poder realizarlo, esta debe de ser capaz de medir el desempeño de sus resultados con base en un criterio, que puede ser social (basado en el desempeño de un participante anterior), objetivo o personal(85).

A través de esta, las personas evalúan su desempeño, comparan sus acciones con las metas propuestas y ajustan su comportamiento para disminuir las discrepancias entre las acciones presentes y los resultados deseados(84).

La autoevaluación es un proceso dirigido por motivos, por ejemplo puede ser el deseo de tener información precisa sobre uno mismo, deseos de superación personal o de mejorar habilidades específicas(84). Es un proceso en el cual la persona se pone a prueba y se mira a sí misma con una mirada crítica(86). De hecho, los individuos tienen un deseo básico de evaluar sus habilidades para aprender sobre ellos mismos, para obtener información sobre sus habilidades y así mejorar el conocimiento que tienen de sí mismos(84).

En este, se procura un proceso de reflexión personal, el cual es continuo, nunca llega a un final. La autoevaluación facilita seleccionar los comportamientos habituales y en conjunto con las metas establecidas ir realizando transformaciones personales que favorezcan el cumplimiento de estas, sin culpar los factores externos o a sí mismos, ya que se debe aprender de cada experiencia previa y obstáculos(83).

La autoevaluación al no realizarse únicamente en momentos fijos ni terminales, permite el acompañamiento y seguimiento a cualquier actividad, plan o proyecto que cada persona tenga, con el objetivo de realimentar los procesos y conseguir mejoras en el desarrollo del mismo(83).

La intención de la autoevaluación no sirve solo para evaluar sino también para mejorar el comportamiento, habilidades o hechos que se realizan, esta permite generar un mayor potencial que va a mejorar el rendimiento del individuo, es por esto que la autoevaluación también podría usarse como un medio de autoaprendizaje(87).

La autoevaluación está ligada con el desempeño del objetivo establecido, cuando éste no se alcanza, la persona se siente insatisfecha, mientras que si lo alcanza o incluso supera su meta, se va a producir gran satisfacción personal; estas reacciones influyen sobre las subsecuentes elecciones de metas y planeación de decisiones(50).

Asimismo, las personas con autoevaluaciones positivas, se consideran capaces, eficaces y con la habilidad de controlar su entorno(88). En el caso contrario, cuando las personas tienen una autoevaluación negativa, se sienten disgustados con ellos mismos, carecen de confianza en sus capacidades y se ven impotentes para modificar o controlar su entorno(88). Sin embargo, cuando la autoevaluación se ve amenazada, las personas se motivan a utilizar estrategias de autorregulación para mantener o recobrar una autoevaluación positiva(89).

2.3.7. Control emocional

Las emociones corresponden a reacciones valerosas (positivas o negativas) de las personas a eventos que perciben como relevantes para sus preocupaciones actuales. En estas, influyen múltiples aspectos como los pensamientos y sentimientos específicos, junto con respuestas conductuales y fisiológicas(53). Otros autores las consideran como una “respuesta producida por la interpretación o análisis cognitivo de un evento significativo para el individuo, que lo prepara para desarrollar y ejecutar acciones adaptativas y funcionales”(90).

Además, estas provocan un conjunto coordinado de tendencias de respuesta conductual, experimental y fisiológica que juntas influyen en la forma en que respondemos a los desafíos y oportunidades percibidos(91). Las respuestas emocionales pueden ser producidas de forma automática o requerir un mayor análisis, en el caso de la primera es como cuando una persona se encuentra con una serpiente y le tiene miedo, el otro tipo, es cuando escuchamos un comentario negativo de alguien hacia un amigo y requiere primero de un análisis de significado(91).

Por otra parte, ciertos autores expresan que hay 2 tipos de respuestas emocionales, una primaria y una secundaria y ambas pueden ser muy diferentes(53). La respuesta emocional primaria de las personas es la respuesta inmediata, cruda y no regulada a eventos relevantes a la emoción. Esta respuesta primaria es seguida por una respuesta emocional secundaria que puede aparecer tan rápidamente que las personas apenas la notan. La

respuesta secundaria se refiere a la capacidad que tiene la persona de regular su respuesta primaria(53).

Por su parte, la regulación emocional corresponde a un proceso de control, en el cual las personas buscan redirigir el flujo espontáneo de sus emociones(53). La regulación de las emociones incluye una gamma más grande de procesos por los cuales las personas controlan su propio comportamiento. La regulación emocional está determinada por las cualidades de los estímulos que la persona encuentra, las características de la persona y la situación más amplia(53). Cabe mencionar que tanto la regulación emocional como el control emocional, serán considerados sinónimos.

De igual manera, la regulación emocional son los procesos por los cuales influimos qué emociones tenemos, cuándo las tenemos y cómo las experimentamos y expresamos. El principal objetivo de la regulación emocional es que estas no obstaculicen el razonamiento y permitan tomar decisiones acordes con valores, normas sociales y culturales(91).

Además, el control emocional es un proceso en el que se modulan las emociones y se modifica el comportamiento con el fin de buscar el bien individual y social, adaptarse al contexto y cumplir metas(90). Este proceso puede ser automático o propositivo y se dirige a cambiar tanto a la emoción como a la situación, de acuerdo al entorno(90). Últimamente, es común que se asocie la regulación emocional con el desempeño laboral de la persona, con su bienestar, salud, autoestima, personalidad, socialización, ansiedad y satisfacción con la vida(90,92).

Para Groos (2002)(91) hay cinco puntos en los que la persona puede intervenir para regular o controlar sus emociones, el primero es *seleccionando la situación* la cual se refiere a acercarse o evitar ciertas personas, lugares o cosas con el fin de regular la emoción o evitar que esta aparezca. El segundo punto, es la *modificación de la situación* que también es llamado afrontamiento centrado en problemas, en el que una situación puede adaptarse para modificar su impacto emocional. Como tercer punto está el *despliegue atencional* que es utilizado para seleccionar en cuál de los aspectos de la situación es en el que la persona se enfoca, se puede utilizar la distracción o realizar esfuerzos para concentrarse en un tema o tarea particular, con el fin de alejar o modificar la emoción(91).

Luego se encuentra el cuarto punto, en el que una vez se haya centrado la persona en un aspecto particular de la situación, el *cambio cognitivo* hace referencia a seleccionar cuál significado se le atribuirá a ese aspecto, para lograr disminuir la respuesta emocional o cambiarla, esto va a influir fuertemente en la respuesta experiencial, conductual y fisiológica(91). El quinto punto, es la *modulación de la respuesta* en la que hay intentos de influenciar tendencias de acción en respuesta a la emoción una vez que ya ha sido provocada(91).

Esta regulación incluye los esfuerzos que hace la persona, de manera consciente o inconsciente, así como el proceso de monitoreo y evaluación de las propias emociones que está sintiendo, para poder modificar la intensidad y duración de las mismas(90). De igual manera, el control emocional es adaptativo, ocurre en función de las demandas del entorno y las metas personales o sociales que persiga el individuo(90).

Es difícil señalar una forma clara y efectiva de regular las emociones, sin embargo, algunos estudios mencionan que el manejo inadecuado de estas, al intentar suprimir las emociones produce efectos negativos sobre la salud física y promueve la rumiación que perpetua el estado depresivo. Por otra parte, algunas de las estrategias regulatorias más utilizadas corresponden a la reevaluación cognitiva, técnicas de manejo del estrés, relajación, ejercicio físico y la escritura de las expresiones emocionales que tenga la persona(90).

CAPÍTULO III

MARCO

METODOLÓGICO

3.1.Modalidad

La modalidad de este trabajo final de graduación es una Práctica Dirigida, la cual según el artículo 18 del Reglamento de Trabajos Finales de Graduación “consiste en la aplicación por parte del estudiante del conocimiento teórico de su especialidad en instituciones o empresas públicas o privadas que la escuela respectiva apruebe”(93).

3.2.Lugar De La Práctica

La práctica dirigida se realizó en el Centro de Investigación en Contaminación Ambiental (CICA), ubicado en la Ciudad de la Investigación (Finca 2) de la Universidad de Costa Rica en San Pedro de Montes de Oca. El desarrollo de este centro de investigación inició impulsado por el deseo de avanzar en la investigación ambiental en el país. Se presentó esta iniciativa a principios de los años 70 tras el interés de varios profesionales en realizar investigaciones acerca de la problemática ambiental, sin embargo, fue hasta el 16 de febrero de 1982 que se acordó crear el Centro de Investigación en Contaminación Ambiental (CICA).

Los proyectos de investigación del CICA son financiados en parte por la UCR y también con el apoyo de organizaciones para el desarrollo de proyectos, como el Organismo Internacional de Energía Atómica (OIEA), la cooperación canadiense, el Programa de las Naciones Unidas para el Medio Ambiente (PNUMA), entre otras.

Antiguamente se ubicaba en un edificio cerca de la Facultad de Medicina de la Universidad de Costa Rica, Sede Rodrigo Facio, sin embargo a partir de noviembre del 2018 se trasladó a un nuevo edificio que fue inaugurado el 30 de enero del 2019, ubicado ahora en la Ciudad de la Investigación.

Las principales áreas o líneas de investigación que tiene el CICA abarcan lo que es la calidad de aguas; seguimiento de emisiones de gases de efecto invernadero y cuantificación del carbono en suelo; comportamiento en el ambiente de contaminantes, tales como plaguicidas, metales, contaminantes orgánicos y contaminantes emergentes; biorremediación; cambio climático; ecotoxicología e investigación socioambiental.

3.3.Población

Las personas con las que se realizó el Programa de Autogestión fueron seis hombres y nueve mujeres adultas que trabajan en el CICA, ya sea desempeñando labores de investigación, administrativas o estudiantes asistentes. Como es evidente, en su totalidad son personas con un alto nivel de escolaridad, con edades entre los 24 y 42 años, con un promedio de 32,15 años.

3.4.Metodología de la práctica dirigida

Proceso de enfermería

El proceso de enfermería explica cómo los enfermeros y enfermeras organizan los cuidados de personas, familias y comunidades(28). Además, es una guía sistemática centrada en el cuidado en la cual se aplican los principios fundamentales de: pensamiento crítico, tareas orientadas hacia objetivos, recomendaciones de práctica basada en la evidencia e intuición enfermera(94).

Esta práctica dirigida está organizada en fases de trabajo según las etapas del proceso de enfermería, las cuales se describen a continuación:

a) Valoración: este primer paso implica que el enfermero (a) desarrolle habilidades de pensamiento crítico y recolección de información objetiva y subjetiva. La primera hace referencia a datos medibles o tangibles, mientras que la segunda es la información verbal que se obtenga, esta puede provenir directamente de la persona o de alguien más, como familiares, amigos, profesionales de salud, entre otros... Los registros electrónicos también pueden ser una fuente de información y asistir en la valoración.

b) Diagnóstico: hace referencia al juicio clínico que hacen las y los enfermeros sobre las respuestas humanas actuales o potenciales problemas de salud de las personas, familias o grupos sociales. La formulación de estos diagnósticos ayuda con la planeación e implementación de los cuidados de la persona. La Asociación Norteamericana de Diagnósticos de enfermería (NANDA) provee una lista actualizada sobre los diagnósticos de enfermería.

c) Planeación: esta etapa es donde los objetivos y resultados son formulados. Los planes de atención de enfermería son esenciales en la fase de establecer objetivos y a su vez dan la dirección para brindar cuidados personalizados que estén centrados en las necesidades de las personas. Estos planes mejoran la comunicación, documentación y permiten una continuidad de los cuidados.

d) Ejecución: es la etapa en la cual se llevan a cabo las acciones o la realización de las intervenciones establecidas en el plan de atención.

e) Evaluación: es la etapa final del proceso de enfermería en la cual se evalúa o se vuelve a valorar para asegurarse que el resultado deseado se fue alcanzado. El plan de atención puede ser modificado basado en la nueva información(94).

Asimismo, se utilizó la taxonomía NANDA-NOC-NIC en la versión 2018-2020. La primera de ellas, NANDA, tiene como objetivo avanzar en el desarrollo de terminologías y clasificaciones enfermeras, de modo que exista un lenguaje estandarizado que pueda ser utilizado por los profesionales en su práctica(95).

La taxonomía NOC es una clasificación estandarizada y exhaustiva de los resultados de la persona que puede ser utilizada para evaluar las intervenciones de enfermería(95), estos resultados hacen referencia al estado, conducta o percepción de una persona, familia o comunidad medido a lo largo de un continuo como respuesta a una o más intervenciones de enfermería(96). Cada resultado tiene grupo de indicadores asociado, los cuales a su vez son criterios que permiten valorar los resultados haciendo uso de escalas(95).

Por último, el centro de la taxonomía NIC es la conducta enfermera, o sea, las acciones llevadas a cabo por los mismos profesionales que ayudan a que la persona progrese hacia la consecución de un resultado deseado. Una intervención es cualquier tratamiento basado en el conocimiento y juicio clínico que una enfermera (o) realiza para favorecer los resultados esperados para un individuo o grupo, estas pueden ser cuidados directos o indirectos(95). Cada intervención NIC se acompaña de un conjunto de actividades que indican las acciones y principios que constituyen la administración de la intervención(95).

Los diagnósticos, objetivos e intervenciones están interrelacionados entre sí. A partir de la creación de esta taxonomía, se ha unificado un lenguaje profesional propio, lo que contribuye a consolidar la disciplina enfermera(95).

3.5. Ingreso al campo

Inicialmente se tomó la decisión de contactar con la Oficina de Bienestar y Salud (OBS) de la Universidad de Costa Rica con el objetivo de determinar necesidades particulares con los funcionarios y funcionarias de alguna instancia de la institución y conocer su interés en el desarrollo de un programa de enfermería. Por ello, el día 16 de agosto 2019, se llevó a cabo una reunión con la Máster Alejandra Marín Hoffman, quien es enfermera de la OBS y además forma parte del equipo coordinador del Programa Enlaces-OBS.

La enfermera nos comentó que efectivamente hay muchas necesidades en los funcionarios de la Universidad y manifestó el interés de la OBS por trabajar en conjunto a través del programa de enfermería. Luego de una búsqueda y coordinación de la Máster Marín Hoffman con diferentes oficinas y centros de investigación se nos propuso el CICA como lugar para llevar a cabo la Práctica Dirigida. Por lo que el día 11 de noviembre nos reunimos con M.B.A. Jeremy Díaz Zúñiga, jefe administrativo del CICA, con el objetivo de explicarle la intención del programa y los objetivos del mismo, además de obtener información más detallada sobre las necesidades de la población.

El jefe administrativo mencionó que gran parte de la población que ahí labora ha mostrado interés en mejorar sus conductas de salud. Además, ese mismo día, realizamos un breve recorrido por las instalaciones del lugar y nos explicaron algunas de las labores que ahí llevan a cabo.

Posteriormente, el día 27 de noviembre se solicitó formalmente al Dr. Carlos Rodríguez Rodríguez, Director del centro de investigación, su autorización para realizar el programa de enfermería con los funcionarios del CICA, del cual se obtuvo una respuesta afirmativa el día 04 de diciembre del 2019 (Ver anexo 1).

Es importante mencionar el interés y el compromiso que tuvo el M.B.A. Jeremy Díaz por llevar a cabo este programa en el CICA, así como el apoyo del Director de la organización.

3.6. Contexto

A nivel mundial se está viviendo una problemática que ha cambiado los hábitos diarios de todas las personas: la pandemia causada por el SARS-CoV2 (COVID-19). En

Costa Rica, esta situación ha generado que con frecuencia se estén dando diferentes directrices sanitarias con el fin de disminuir el contagio en la población. Algunas de estas medidas que ha dictado el Ministerio de Salud, como ente rector en Salud, son la restricción vehicular y horarios establecidos para el tránsito vehicular, cierre de algunos establecimientos, estrictas medidas higiénicas en especial en los lugares públicos, evitar actividades que generen conglomeraciones de personas, el distanciamiento social permitiendo las relaciones únicamente entre miembros del núcleo familiar de ser posible y el teletrabajo como medida para disminuir la movilidad social y las relaciones sociales.

El CICA al pertenecer a la UCR, se encuentra además, bajo las medidas que esta indique para el manejo del virus. A partir del mes de marzo, se empezaron a realizar comunicados a los funcionarios y estudiantes de la UCR, que indicaban la suspensión de los viajes a países que se encontraban en la lista de transmisión local activa de COVID-19, la posibilidad de que las personas con síntomas de gripe se ausenten, así como la suspensión de las clases presenciales implementando una modalidad de enseñanza virtual, también que las personas trabajadoras con factores de riesgo realicen trabajo remoto o se ausenten hasta nuevo aviso y solicitan a las jefaturas de las oficinas reducir el personal operativo al mínimo; estas medidas se dieron a conocer el 18 de marzo del 2020(97). Es importante tomar en cuenta que las indicaciones sanitarias están en constante actualización, con el fin de interrumpir la cadena de transmisión y disminuir la curva de propagación del virus.

Muchos de los y las trabajadoras del CICA han podido recurrir a medidas como el teletrabajo porque sus condiciones laborales se lo permiten, sin embargo, otras deben seguir trabajando en las instalaciones del CICA. Por lo tanto, en conjunto con los y las funcionarias del CICA y la autorización de la Comisión de Trabajos Finales de Graduación de la Universidad de Costa Rica, se determinó que esta práctica dirigida se realizará bajo la modalidad virtual, a través de plataformas como Zoom, infografías enviadas a los y las funcionarias por correo electrónico.

3.7.Fases De La Práctica Dirigida

En este apartado se abordaron las fases de la práctica dirigida, es importante hacer énfasis en que estas no coinciden con las etapas del proceso de enfermería.

Durante la fase diagnóstica se detallan las dos primeras etapas del proceso de enfermería, es decir la valoración y la etapa diagnóstica. Posteriormente se presenta la fase de diseño del programa de autogestión, la cual coincide con la etapa de planeación, que se lleva a cabo tomando en cuenta los diagnósticos prioritarios de enfermería, así como evidencia científica para respaldar lo que se realiza.

La fase de ejecución de la práctica dirigida incluye la ejecución del proceso de enfermería. Finalmente, la última fase de la práctica dirigida corresponde a la evaluación del proceso y de la práctica.

3.7.1. Fase diagnóstica

En esta fase inicia la aplicación del Proceso de Enfermería, por lo que en esta se llevaron a cabo las dos primeras etapas del mismo, correspondientes a valoración y diagnóstico. Como parte de la valoración, se obtuvo información de fuentes directas e indirectas, para conocer en detalle y desde diferentes perspectivas las necesidades de la población. En este sentido, una fuente directa o primaria, corresponde a aquella en la cual se hace una entrevista, un cuestionario o una observación, entre otros, con el fin de obtener información por medio del contacto directo con el sujeto en estudio(98). Por otra parte, las fuentes indirectas o secundarias, son las que permiten obtener la información en documentos de diferente tipo como historia clínica, expediente académico, estudios anteriores, etc.(98).

En esta práctica dirigida, como parte de una fuente directa, se conversó con representantes del área administrativa, de investigación, así como con estudiantes asistentes del CICA a través de un grupo focal, cada una de estas personas debía tener más de seis meses de trabajar en el CICA y representaban el subgrupo del que procedían.

Se realizó un grupo focal, esto de acuerdo con la disponibilidad de los participantes. Las preguntas realizadas en el grupo focal, fueron basadas en la teoría de enfermería de Marjory Gordon, la cual abarca 11 patrones funcionales, los cuales son: patrón percepción-control de la salud, nutricional-metabólico, eliminación, actividad-ejercicio, sueño-descanso, cognitivo-perceptual, autopercepción-autoconcepto, rol-relaciones, sexualidad-reproducción, adaptación-tolerancia al estrés y valores-creencias (Ver anexo 2).

Un grupo focal, corresponde a una técnica de recolección de datos en la que se tiene una entrevista que es aplicada a un grupo, con el fin de conocer, identificar o profundizar

aspectos específicos de un tema particular (95). La dinámica es llevada a cabo en grupo, preferiblemente de cuatro a ocho personas (95). Cada uno de estos miembros, podrá opinar, comentar, criticar, ampliar o cuestionar lo expresado por otras personas del grupo (95). Debe haber una persona que registre todos los datos que se conversen durante el grupo focal y otra que realice las preguntas, la cual debe poseer una guía sobre los aspectos a tratar, pero también debe tener libertad de conducir la entrevista y profundizar en ciertos aspectos e incluso plantear nuevas preguntas(98).

El grupo focal permite compartir experiencias, opiniones, críticas y demás. Este se convierte en una herramienta que propicia la obtención de la información de forma rápida y la recopilación de datos de varias personas a la vez. Es importante que en estos, los participantes se sientan libres de expresarse(98). El grupo focal se realizó por medio de la plataforma zoom y tuvo una duración de una hora y treinta minutos.

Para evaluar el antes y después de los posibles cambios que tuvieron los y las participantes, se utilizaron escalas al iniciar y al finalizar la práctica dirigida para evaluar de manera objetiva el efecto que tuvo la misma. Se realizó un instrumento que contiene el Cuestionario de Estilo de Vida II, el Índice de Autorregulación y otras preguntas relacionadas con los patrones funcionales de Marjory Gordon. El mismo se le envió por correo a cada uno de los y las participantes.

El Cuestionario de Estilo de Vida II (Health Promoting Lifestyle Profile II) (99) (Ver anexo 3) se encuentra validado en español e inglés y fue creado por Walker, Sechrist y Pender (1995). Consiste en 52 preguntas, el formato de respuesta es tipo Likert de 4 puntos (de 1=Nunca a 4=Rutinariamente); se suman las respuestas y se le calcula un promedio que indicaría el estilo de vida promotor de la salud que tienen las personas participantes. Además, el cuestionario se divide en 6 subescalas: Responsabilidad en Salud, Actividad Física, Nutrición, Crecimiento espiritual, Relaciones Interpersonales y Manejo del Estrés, cada una de estas cuenta con una serie de preguntas a las que se suma el puntaje de las respuestas y se obtiene un promedio. Es importante recalcar que estas subescalas corresponden a diversos patrones funcionales de Gordon.

El Índice de Autorregulación (Index of Self-Regulation) (100) (Ver anexo 4) es un cuestionario en idioma inglés desarrollado por Fleury (1998) para medir el nivel de

autorregulación en comportamientos de salud. Para su aplicación en este Programa, fue traducido y contratraducido por el Bach. Enrique Núñez Barboza y la Dra. Ana Laura Solano.

Este instrumento consiste en un total de 9 ítems en una escala Likert que va de 1 (muy en desacuerdo) a 5 (muy de acuerdo). El ítem además, evalúa las siguientes subescalas: reacondicionamiento, control de estímulos y monitorización del comportamiento. Una vez obtenidas las puntuaciones, se suman todos los ítems para obtener el total general, y se divide entre los 9 ítems para obtener el promedio global de autorregulación, posteriormente, se repite este procedimiento con las subescalas(100).

Por otra parte, una de las fuentes indirectas, fue la Máster Alejandra Marín Hoffman, quien nos comentó que la Oficina de Bienestar y Salud de la UCR realizó en Agosto del 2019 una valoración de la salud de los funcionarios del CICA, en esta participaron 22 funcionarios (11 hombres y 11 mujeres). A partir de la misma, se obtuvieron diagnósticos que reflejaron las principales necesidades que tienen los funcionarios de este centro.

Con la información obtenida a través de las diferentes técnicas de recopilación de datos, se identificaron necesidades en salud relacionadas con la autogestión y autorregulación, de las cuales se seleccionó una serie de etiquetas diagnósticas de enfermería, utilizando la plataforma NNN Consult y la taxonomía NANDA. La priorización de los diagnósticos se realizó utilizando el Modelo AREA (Análisis de Resultado del Estado Actual), específicamente la red lógica, la cual es una herramienta que favorece el razonamiento clínico en forma de red.

Esta red de razonamiento es una representación gráfica y a la vez un análisis de las relaciones entre los diagnósticos NANDA, a través de la cual los enfermeros y enfermeras analizan la historia de la persona o grupo con el propósito de encontrar y priorizar los diagnósticos clave(101).

De acuerdo con la red de razonamiento lógico, los diagnósticos prioritarios son aquellos que tengan mayor cantidad de conexiones(101). El identificar los diagnósticos prioritarios guía el razonamiento clínico y permite que el profesional de enfermería se enfoque en un plan de cuidados(101). Cada red de razonamiento refleja una historia única y la respuesta humana actual de las personas o potenciales problemas de salud representados a través de los diagnósticos de enfermería(101).

3.7.2. Fase del diseño del Programa de Autogestión

Esta fase corresponde con la etapa de planeación del proceso de enfermería, y se desarrolló con base en el/los diagnósticos de enfermería obtenidos, la teoría y las referencias bibliográficas. Se describe el Programa de Autogestión y sus objetivos y además se explica detalladamente cada una de las sesiones a realizar.

Es importante además, recalcar que la planeación del programa se llevó a cabo tomando en consideración la disponibilidad que tenían en el CICA para el desarrollo de las sesiones y la preferencia de los y las participantes con respecto a la metodología de las mismas.

El diseño del programa se llevó a cabo tomando en cuenta enfoques orientados hacia el aprendizaje de las personas adultas y las características específicas de la población. Malcom Knowles(102) propone que las personas adultas necesitan ser partícipes de su propio aprendizaje y plantea los siguientes principios que se deberán tomar en cuenta:

- a) Antes de empezar a aprender algo, los adultos necesitan entender por qué deben aprenderlo y el facilitador debe de ayudarle a la persona a que sea consciente de esta necesidad.
- b) La persona es responsable de sus propias decisiones.
- c) La base del aprendizaje en los adultos está determinado por experiencias previas que haya tenido, por ello se sugieren técnicas o metodologías como grupos de discusión, ejercicios de simulación, resolución de problemas, estudio de casos, y actividades de ayuda entre pares; ya que a través de todas ellas, se aprovecha la experiencia de las personas para avanzar en el aprendizaje.
- d) Se asume que la persona está preparada para aprender las cosas que necesita saber.
- e) Los adultos dedican energía para aprender algo cuando perciben que eso les ayudará a realizar alguna tarea o bien para solucionar problemas de su vida diaria.
- f) Los motivadores más potentes para los adultos son sus presiones internas, por ejemplo: el deseo de incrementar su satisfacción laboral, autoestima, calidad de vida, entre otros. Algunas barreras como autoconcepto negativo, inaccesibilidad a recursos,

restricción de tiempo o los programas que violan principios del aprendizaje adulto podrían bloquear la motivación de la persona por crecer y desarrollarse(102,103).

3.7.3. Fase de ejecución del Programa de Autogestión

Las etapas restantes del proceso de enfermería, es decir, la ejecución y evaluación, se llevaron a cabo durante esta fase. El programa se implementó a través de 6 sesiones virtuales de una hora cada una; esta es una forma de trabajo que permite la integración de conocimientos teóricos y prácticos para fomentar el aprendizaje, donde los y las participantes son los protagonistas. Se realizan con objetivos específicos y son limitadas en el tiempo.

Al respecto es importante mencionar que las intervenciones educativas en línea son espacios alternativos para la construcción del conocimiento donde la tecnología se convierte en la plataforma a través de la cual se desenvuelven acciones educativas. Se pueden utilizar herramientas como: correo electrónico, foros, redes sociales, blogs, las cuales facilitan la comunicación en un mismo tiempo o en distintos entre los usuarios(104).

En este sentido, la tele-enfermería es una herramienta que permite que las y los enfermeros brinden atención a poblaciones de más difícil acceso, manteniendo comunicación efectiva con las personas e interviniendo eficazmente en la promoción de estilos de vida saludables, educando en temas como autocuidado, autogestión y demás(105). Esta misma es considerada una revolución en los cuidados enfermeros, así como una gran oportunidad para prevenir y promocionar hábitos saludables en personas jóvenes con acceso y habilidades en el uso de las tecnologías de la información(106).

Por otro lado, es importante tomar en consideración algunos de los factores más influyentes propuestos por Knowles (102) para crear un clima y estructura que favorezca el aprendizaje, entre estos se menciona que:

a) El ambiente físico debe ser informal y propiciar la oportunidad de que las personas interactúen entre sí. Cuando el entorno es virtual, la interacción debe de ser promovida por el facilitador.

b) Debe de haber un clima de respeto entre el facilitador y el grupo de adultos, de colaboración, apoyo y libertad de expresión, es decir, un clima psicológico en el que los participantes no sientan temor a quedar en ridículo o ser juzgados por los comentarios

expresados. Se debe desarrollar una atmósfera amigable e informal, llamar a los participantes por su nombre. Este clima psicológico también aplica en caso de intervenciones virtuales.

c) El facilitador debe de tomarse el tiempo de conocer a los participantes, llamarlos por su nombre y escucharlos para transmitir una actitud de interés y respeto. Los participantes deben ver al instructor como un compañero, no como una figura de autoridad (102,107).

3.7.4. Fase de evaluación del Programa de Autogestión

Durante la última sesión del programa, se llevó a cabo la evaluación del proceso de enfermería y de la práctica dirigida. En dicha oportunidad, se brindó espacio a los y las participantes, para que expresaran sus opiniones con respecto a lo aprendido y se realizó la evaluación correspondiente de los indicadores previamente establecidos en el plan de cuidados.

Del mismo modo, a los y las participantes del programa se les envió a sus correos electrónicos los mismos cuestionarios utilizados en la etapa de valoración, es decir, el cuestionario de Estilo de Vida de Nola Pender y el Índice de Autorregulación, esto con el propósito de tener un indicador que permita medir más objetivamente el Programa de Autogestión, y con ello conocer el impacto del programa en el desempeño profesional y personal.

Además, para la evaluación de la práctica dirigida durante esta sesión de Zoom se facilitó un espacio seguro, donde las personas pudieran compartir su percepción del programa y evaluar tanto el contenido como la metodología implementada. Adicionalmente, se les envió un formulario, donde ellos podían compartir su experiencia con el programa de manera anónima.

A través de estas metodologías, los y las participantes evaluaron la actividad en general, el desempeño de las facilitadoras, los recursos utilizados, el material didáctico entregado, el comportamiento de sus compañeros, la coordinación y demás.

3.8. Consideraciones Éticas

Este programa se realizó con fines académicos y científicos, para poner en práctica el Proceso de Enfermería aprendido durante la carrera universitaria, con el afán de beneficiar y

no perjudicar a ninguno de los implicados. Para esto, es necesario considerar los principios bioéticos, los cuales contribuyen en el mejoramiento de la calidad de vida y el aumento de la capacidad del desarrollo de las personas, a nivel individual y comunitario(108).

3.8.1. Beneficencia

La beneficencia implica realizar acciones de bien, potenciar al máximo los beneficios y reducir al mínimo los posibles efectos nocivos para los sujetos participantes(104,107). Asimismo, ofrecer beneficios, proteger intereses y promover el bienestar, de forma que se prevenga o eliminen los daños(107,108).

En el caso particular de esta práctica dirigida, los posibles beneficios para las personas participantes del CICA son mejoras en sus comportamientos relacionados con estilos de vida y en su salud. Así como, una adecuada administración del tiempo, prácticas saludables que promuevan su bienestar a nivel laboral y personal, entre otras actividades que promuevan una mejor calidad de vida.

De la misma manera, la UCR, como institución pública, también se beneficiará de esta práctica. Algunos posibles beneficios son una mayor productividad, trabajadores más sanos, menos ausentismo laboral y gastos en salud. Además, esta práctica generará datos novedosos y evidencia acerca de prácticas de autorregulación en adultos y ayudará a fortalecer las prácticas de enfermería en entornos laborales.

3.8.2. No maleficencia

La no maleficencia es la ausencia de acciones que puedan dañar a la persona e implica el respeto a su integridad(108).

En el caso de que alguna de las personas participantes de esta práctica dirigida presente algún efecto adverso, necesite ayuda adicional o se encuentre afectada a causa de alguna de las sesiones realizadas, se contará con el apoyo de una enfermera especialista en salud mental, y en caso necesario, se solicitará colaboración a la Oficina de Bienestar y Salud para ser referido a la Caja Costarricense del Seguro Social.

3.8.3. Respeto

El respeto como principio bioético, va dirigido hacia el respeto a la autonomía de los individuos, viendo a estos como seres autónomos con la facultad de adoptar decisiones,

asumir responsabilidades(104), entre otros, sin embargo en casos en los que la autonomía de una persona se encuentra disminuida, tienen el derecho a ser protegidas. Un aspecto definitorio entre ambas es si el individuo “tiene la capacidad de deliberar sobre sus fines personales y obrar bajo la dirección de esta deliberación”(107), si es así, entonces implicaría que la persona es un ser autónomo. Este juicio debe ser reevaluado periódicamente y variará según la diversidad de situaciones.

El respetar la autonomía incluye prestar atención, darle valor a lo que la persona considere y no interponerse a sus acciones a menos que estas sean claramente perjudiciales. Así como, permitir que los sujetos sean quienes decidan voluntariamente si participan de la práctica dirigida o no, basándose en información adecuada que debe ser previamente entregada(107).

Algunos elementos del respeto incluyen el obtener el consentimiento informado por parte de las personas. El consentimiento debe proveer información de lo que se va a realizar y asegurar la comprensión y entendimiento de esto. Además, de la obtención firmada de este, también se incluyen aspectos como resguardar la privacidad de la persona y mantener la confidencialidad de la información personal, “permitir que el sujeto se retire del estudio en cualquier momento y por cualquier razón; proveer cualquier información, durante el ensayo, si tal información puede afectar la decisión del sujeto de continuar en el estudio; monitorear el bienestar de los sujetos durante el estudio”(104,109). Así como: los objetivos de la práctica dirigida, el método, la duración, los posibles efectos derivados de la participación, los beneficios, entre otros aspectos pertinentes(110,111).

Para mantener la confidencialidad, la información va a ser recolectada a través de cuestionarios anónimos, escalas y otros, a las cuales las únicas personas que van a tener acceso a estos van a ser la directora de la práctica dirigida y las estudiantes. Los resultados generales de la práctica serán presentados ante el jefe administrativo, la dirección y el equipo de salud del CICA y podrían aparecer en una publicación científica, sin embargo, los datos presentados van a ser del grupo participante en total y no de forma individual.

Los riesgos que podrían presentar los y las participantes son mínimos, sin embargo, podrían sentir incomodidad, confusión, ansiedad al responder algunas preguntas de los

cuestionarios o sesiones grupales. En caso de que las personas presenten estos potenciales riesgos o requieran ayuda adicional, se solicitará el apoyo a la Oficina de Bienestar y Salud.

La información brindada por los mismos será resguardada digitalmente en bases de datos electrónicos con clave, a la cual solo las estudiantes o directora de la práctica tendrán acceso. Además, los documentos en físico serán custodiados bajo llave en la oficina de la directora en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica.

3.8.4. Justicia

La justicia debe estar presente durante el proceso de selección de los sujetos que van a participar de esta práctica dirigida, evitando la discriminación. Además, este principio también se aplica en la parte distributiva, en la que los beneficios y cargas deben estar divididos de forma equitativa entre los participantes de la población seleccionada(109).

3.9. Plan de Trabajo

En esta práctica dirigida la etapa de valoración inició en el mes de marzo, en el cual se realizaron reuniones con la enfermera de la OBS para conocer los hallazgos identificados por dicha institución. Además, se realizó una reunión con el jefe administrativo del CICA para conocer desde su punto de vista las principales necesidades de la población. Durante el mes de abril se enviaron los consentimientos (Ver anexo 5) y los instrumentos de valoración, por correo a los funcionarios del CICA.

El 03 de junio se llevó a cabo el grupo focal y el 04 de junio se envió por correo electrónico un recordatorio para que las personas que aún no lo hubieran hecho, completaran los consentimientos informados (Ver anexo 6) y los cuestionarios. La etapa de valoración finalizó en el mes de junio. En los meses de julio a agosto se llevó a cabo la etapa diagnóstica y la planeación del programa de autorregulación. Posteriormente durante el mes de julio se llevó a cabo la etapa diagnóstica, y durante julio y agosto se realizó la etapa de planificación.

La fase de ejecución se llevó a cabo desde el 03 de setiembre hasta el 10 de noviembre, con sesiones separadas por intervalos de 15 días. Finalmente, durante el mes de diciembre se llevó a cabo la etapa de evaluación. El plan de trabajo se muestra más a detalle en anexos (Ver anexo 7).

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE

RESULTADOS

En este capítulo se presentan los resultados según las etapas de la práctica dirigida: La fase diagnóstica, que incluye la fase de valoración y diagnóstica del proceso de enfermería, además, se presenta el programa de autorregulación (fase de planeación), así como los resultados de la ejecución del mismo y su evaluación (fase de ejecución) y por último la fase de evaluación de la práctica dirigida.

4.1 Fase diagnóstica

En esta sección se presentan los principales hallazgos de la valoración según los patrones funcionales de Marjory Gordon y los resultados de los diferentes instrumentos utilizados para la recolección de datos.

El instrumento enviado a los y las participantes que contenía el Cuestionario de Estilo de Vida II, el Índice de Autorregulación y otras preguntas relacionadas con los patrones funcionales de Marjory Gordon (Ver anexo 3, 4 y 8) fue contestado por 23 personas, 15 mujeres (65,2%) y 8 hombres (34,8%). Más de la mitad de los y las participantes tiene entre 28 y 37 años. De las personas que respondieron, un 56% corresponde a investigadores (as), 26% personal administrativo, 9% estudiantes asistentes y 9% analistas de laboratorio.

Por su parte, el grupo focal se realizó el 4 de junio por medio de la plataforma zoom y tuvo una duración de una hora y treinta minutos. En este participó un total de 9 personas, específicamente 2 personas del área administrativa, 3 estudiantes asistentes y 4 investigadores, las participantes fueron cinco mujeres y cuatro hombres. Cabe resaltar que la distribución de los y las participantes refleja el porcentaje real de los puestos de trabajo (asistente, investigador o administrativo) en el CICA, además estas personas fueron seleccionadas por el jefe administrativo del centro de investigación.

Seguidamente, se muestran los principales resultados de la valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon. Además, se presenta una lista de hallazgos y diagnósticos prioritarios de enfermería según la taxonomía NANDA, así como la red diagnóstica bajo el Modelo AREA.

4.1.1 Valoración de enfermería

Patrón 1: Percepción-Control de la salud

Diagnóstico OBS: Las principales afectaciones de salud percibidas por las personas trabajadoras de la institución son: colitis, gastritis, alergias y lumbalgias. Además, 41% tiene dislipidemia y 9% diabetes mellitus.

Grupo Focal: Hay interés generalizado en mejorar y cuidar la salud especialmente en los temas de nutrición, manejo del estrés y actividad física. Además, hay gran disposición de las personas a participar en actividades relacionadas con promoción de salud.

Cuestionarios: Un 60,9 % (14 personas) no han sido diagnosticados con alguna enfermedad o padecimiento, mientras que 39,1% (9 personas) sí. Las enfermedades diagnosticadas de mayor a menor frecuencia son las siguientes: gastritis, alergias, colitis, rinitis, triglicéridos altos, asma, ansiedad, arritmia y lesión en espalda. De acuerdo con el Cuestionario de Estilo de Vida Promotor de la Salud II, y la subescala Responsabilidad de la salud, el promedio del grupo tiende a la baja, lo que significa que algunas veces toman responsabilidad por su salud (Ver Tabla 1). Al respecto, un 39,13% (9 personas) de los y las participantes algunas veces examina su cuerpo por lo menos mensualmente, por cambios físicos o señales peligrosas, un 21,74% (5 personas) lo examina de manera frecuente y un 21,74% (5 personas) rutinariamente, mientras que un 17,39% (4 personas) nunca lo hace. Además, un 34,78% (8 personas) y un 30,43% (7 personas) afirma que nunca y algunas veces de manera respectiva, pide información de los y las profesionales de la salud sobre cómo tomar buen cuidado de sí. Un 30,43% (7 personas) y un 4,35% (1 persona) lo hace de manera frecuente y rutinaria respectivamente.

Patrón 2: Nutricional-metabólico

Diagnóstico OBS: De acuerdo al IMC un 36% de los colaboradores y colaboradoras del CICA tiene sobrepeso y un 23% obesidad. A nivel gastrointestinal las principales afectaciones percibidas por las personas trabajadoras son colitis y gastritis. Con respecto a su alimentación, muchos indican que suelen omitir comidas debido a la falta de tiempo, la mayoría come 1 porción de fruta/verdura al día, refieren consumir con frecuencia comidas altas en grasa y muchos tienen un alto consumo de azúcar añadida en bebidas.

Grupo Focal: suelen omitir tiempos de comida, así como tener desórdenes con los tiempos de alimentación. En algunos casos olvidan o no tienen tiempo de realizar la merienda

de la tarde, uno de los motivos es que si van a tomar café pueden salir más tarde del trabajo, entonces prefieren saltarse ese espacio y retomararlo más adelante, sin embargo, después no lo hacen porque ya es tiempo cenar. Además, quienes trabajan en los laboratorios argumentan que hay procesos que no pueden parar, y eso significa que no pueden tomar agua o comer. Del mismo modo, refieren que cuando van de gira comen mal, a la hora que se pueda, a veces no almuerzan, comen un sándwich o una hamburguesa. Los y las participantes consideran que estos desórdenes en los tiempos de comida, sumados al estrés, les han generado repercusiones a nivel gastrointestinal. Comentan que los espacios de café facilitan el desbalance, ya que la mayoría de ellos involucra gran cantidad de pan; lo relacionan con la cercanía de una panadería a las instalaciones del CICA. Manifiestan que necesitan reeducación sobre opciones de merienda en la tarde, ya que no piensan en cómo acompañar el café de opciones más saludables, normalmente lo hacen con pan o empanadas. Algunos expresan que tienen dificultad para controlar las tentaciones. Como aspectos positivos, la mayoría de las personas lleva su almuerzo, muchas personas tienen botellas con agua, pero consideran que el consumo de la misma puede mejorar.

Questionarios: De acuerdo con el Cuestionario de Estilo de Vida Promotor de la Salud II y la subescala nutrición, el promedio del grupo tiende al alza, lo que significa que con frecuencia toman acciones relacionadas con su alimentación (Ver tabla 1). Se evidencia que muchos de los y las participantes tienen un alto consumo de pan, cereales, arroz o pasta (fideos) todos los días. Además, la mayoría consume de 2 a 4 porciones de frutas y de 3 a 5 porciones de vegetales diariamente solo algunas veces. En adición, la mayoría de los y las participantes nunca o sólo algunas veces lee las etiquetas nutricionales para identificar el contenido de grasas y sodio en los alimentos empacados. Por otra parte, la colitis y gastritis son dos de las enfermedades gastrointestinales diagnosticadas con mayor frecuencia en los y las trabajadoras.

Patrón 3: Eliminación

Grupo Focal: Los servicios sanitarios existentes en el CICA, su ubicación y suministros son adecuados y aptos para realizar las necesidades fisiológicas, además, la mayoría de los y las participantes coincide en que su carga de trabajo no ha afectado su patrón de eliminación.

Cuestionarios: Un 95,65% (22 personas) expresa no tener dolor, ardor o dificultades para miccionar.

Patrón 4: Actividad-ejercicio

Diagnóstico OBS: Un 36% de los y las trabajadores realiza actividad física entre 1-2 veces por semana, y un 32% lo hace tres veces a la semana.

Grupo Focal: En general muchos practican actividades físicas. Antes de la pandemia, algunos grupos organizados del CICA asistían en conjunto a clases de yoga, “mejengas” y a otras actividades que se realizan en las instalaciones deportivas de la Universidad de forma regular. Debido a las normas sanitarias establecidas en la pandemia, estas actividades grupales ya no se llevan a cabo, lo que ha representado una menor motivación para los y las participantes que acostumbraban asistir a estas. Otras personas realizan ejercicio de forma individual, debido a que en los horarios establecidos para estas actividades grupales se les dificultan, algunos van al gimnasio, practican ciclismo, natación, hacen aeróbicos, caminatas, entre otros.

A pesar de lo anterior, en el trabajo y en general, en su vida cotidiana pasan muchas horas en actividades sedentarias. En situaciones normales y trabajo presencial, respetan más su horario laboral que ahora, ya que expresan que es más difícil respetar esos límites y con el trabajo remoto sus labores se han extendido por más de 8 horas. Además, expresan sentimientos de culpabilidad, por lo que sienten que deben de trabajar más para compensar el hecho de estar en la casa y por lo mismo pasan más horas sentados frente a la computadora escribiendo artículos, respondiendo correos, resolviendo asuntos de docencia, haciendo trabajos, estudiando y demás.

Muchos intentan dedicar algún tiempo para realizar actividad física diaria, sin embargo, ya buena parte del día estuvieron sentados. Conocen sobre las pausas activas, sin embargo, a las personas que trabajan en laboratorios refieren complicaciones para realizarlas y los demás, en ocasiones, pueden pasar varias horas sin moverse de la silla ya que las labores se lo exigen y es difícil, entonces a veces se olvidan de hacer, aunque sea un estiramiento o pausa, o lo dejan como secundario. Por otro lado, las personas participantes manifiestan que en ocasiones algunos de sus compañeros se notan visiblemente cansados.

Cuestionarios: De acuerdo con el Cuestionario de Estilo de Vida Promotor de la Salud II, y la subescala actividad física, el promedio del grupo tiende al alza, lo cual significa con

frecuencia realizan actividades físicas (Ver tabla 1). Con respecto a esto, cerca de la mitad de los y las participantes hacen ejercicios vigorosos por 20 minutos o más, por lo menos tres veces a la semana. Por el contrario, un 26,09% (6 personas) nunca realiza actividades físicas livianas a moderadas 5 o más veces a la semana. Y alrededor de la mitad de los y las participantes realiza actividades físicas usuales diariamente sólo algunas veces (tales como caminar a la hora del almuerzo, utilizar escaleras en vez de elevadores, estacionar el carro lejos del lugar de destino y caminar). Además, este mismo instrumento revela que un 52,17% (12 personas) sólo algunas veces mantiene un balance para prevenir el cansancio.

Patrón 5: Sueño- descanso

Diagnóstico OBS: Algunos funcionarios refieren tener dificultades para conciliar el sueño, y el 68% de ellos afirma que su tiempo libre lo utilizan para dormir.

Grupo Focal: Hay personas a las que sus compañeros notan físicamente cansadas, algunos de ellos porque están trabajando y estudiando. Actualmente, hay trastornos del sueño en algunos de los y las participantes relacionados con el estrés y ansiedad por la pandemia. Otras personas expresan que por estar tanto tiempo frente a la computadora les es más difícil dormir.

Cuestionarios: Alrededor de la mitad de los y las participantes refiere dormir suficiente, por otro lado solo algunas veces se concentran en pensamientos agradables a la hora de acostarse. Además, un 52,17% (12 personas) sólo algunas veces mantiene un balance para prevenir el cansancio.

Patrón 6: Cognitivo-perceptual

Diagnóstico OBS: Algunas personas refieren sentirse culpables al decir ‘no’.

Grupo Focal: Algunos de los y las participantes, mencionaron haber establecido metas relacionadas con nutrición y actividad física para el año 2020, como obstáculos resaltan la situación de la pandemia y otros. Otros participantes expresaron no haberse planteado metas relacionadas con su salud.

Los y las participantes expresan que les gusta su trabajo, se sienten emocionados y felices de trabajar en el CICA. Con respecto a las emociones que experimentan con frecuencia, muchos de ellos expresaron sentirse estresados y frustrados en varias ocasiones, esto relacionado principalmente con el inadecuado manejo del tiempo.

Con respecto a la pandemia, ellos expresan que la perciben como una situación estresante, frustrante, que les generaba incertidumbre y tristeza, en especial al inicio de la misma.

Por otra parte, varios de los y las participantes mencionan sentirse culpables al decir que “no” cuando sus compañeros o jefes les solicitan realizar ciertas tareas, ya que muchas veces ellos están ocupados o tienen alguna otra situación que atender pero para evitar problemas dicen que “sí”, por lo que se sobrecarga su trabajo y esto les genera culpa, enojo y estrés. Se sienten forzados a decir que “sí” para evitar quejas y malos tratos. Los y las participantes expresan que necesitan fortalecer sus habilidades en el tema.

Cuestionarios: De acuerdo con el Índice de Autorregulación, en general, el grupo tiene un promedio alto, lo cual significa tienen buen manejo de los comportamientos de autorregulación. Del mismo modo, la subescala de reacondicionamiento, monitoreo del comportamiento y control de estímulos tienen un promedio alto, sin embargo, esta última es la que tiene menor puntuación de las tres (Ver tabla 1). Al respecto, la mayoría de los y las participantes está de acuerdo y muy de acuerdo en recordarse a sí mismos la importancia de cambiar las maneras como cuidan de sí. Además, todos los y las participantes están De acuerdo y Muy de acuerdo con que han aprendido a hacer cambios con los que pueden vivir. Sin embargo, un 21,74% (5 personas) expresa sentirse indeciso al observar los signos de progreso mientras cambian las maneras en las que cuidan de sí y un 17,39% (4 personas) y 17,39% (4 personas) expresan estar indecisos y en desacuerdo respectivamente, en que se monitorizan para ver si están cumpliendo sus metas.

Patrón 7: Auto percepción-autoconcepto

Diagnóstico OBS: Algunas personas refieren no sentirse satisfechas con su apariencia física, otros expresan sentirse solos.

Grupo Focal: Los y las participantes consideran que este punto es muy personal, ya que las opiniones relacionadas con el autoconcepto no son un tema de conversación habitual entre sus compañeros. No consideran que la insatisfacción con la apariencia física sea una situación generalizada. Por otra parte, la situación de la pandemia, ha generado cambios en sus rutinas diarias, mayor distanciamiento social, ya que actualmente la mayoría de ellos está realizando teletrabajo. Esta situación les ha ocasionado estrés, frustración, incertidumbre, tristeza, problemas para conciliar el sueño y demás. Además, las personas demuestran tener

pocas estrategias de afrontamiento, relacionado con mal manejo del tiempo, del estrés, problemas de sueño, alteraciones gastrointestinales, entre otras. Aunado a lo anterior, las medidas sanitarias para el manejo de la pandemia varían constantemente y los y las participantes sienten un bombardeo de parte de los medios de comunicación sobre qué cosas hacer y qué no.

Patrón 8: Rol-relaciones

Diagnóstico OBS: 76% de los encuestados y encuestadas mencionó que utiliza su tiempo libre para pasarlo con su familia. Por otra parte más del 50% de los y las trabajadoras indica que las relaciones interpersonales en el trabajo pueden mejorar.

Grupo Focal: La mayoría de las personas participantes expresan sentirse felices de trabajar en el CICA. Las relaciones interpersonales entre los y las participantes parecen ser pacíficas, sin embargo no tienen tanta confianza para conversar entre ellos sobre situaciones personales, sus conversaciones aparentan estar más enfocadas y limitadas al ámbito laboral.

Además, expresan tener interés por mejorar sus comportamientos de salud, haciendo énfasis en la nutrición, manejo del estrés y actividad física. En su mayoría, los y las participantes mencionaron que les parece importante contar con los otros funcionarios del CICA para cumplir metas relacionadas con salud, prefieren sentir apoyo y compañía del colectivo, ya que estos ejercen presión positiva y motivación para el logro de sus objetivos, en especial los relacionados con la actividad física.

Asimismo, ellos expresan que antes de la situación de la pandemia, varios funcionarios pertenecían a un grupo de la universidad para hacer ejercicios como yoga y otras actividades deportivas, en donde se relacionaban con sus compañeros, pero muchos están de acuerdo con se podría hacer de forma más colectiva dejando de lado los “grupos” que se hacen.

Cuestionarios: De acuerdo con el Cuestionario de Estilo de Vida Promotor de la Salud II, y la subescala de relaciones interpersonales, el promedio del grupo es alto en este aspecto, lo que significa que la mayoría de las relaciones son buenas (Ver tabla 1). Un 43,48% (10 personas) y un 39,13% (9 personas) de las personas, afirma mantener relaciones significativas y enriquecedoras rutinariamente y frecuentemente, de manera respectiva. Sin embargo, solo un 39,13% (9 personas) de los y las participantes encuestados frecuentemente busca apoyo de un grupo de personas que se preocupan por él o ella, mientras que un 30,43%

(7 personas) lo hace solo algunas veces, un 21,74% (5 personas) rutinariamente y un 8,70% (2 personas) nunca lo hacen.

Casi la mitad de los participantes manifiesta que solo algunas veces elogia fácilmente a otras personas por sus éxitos. El mismo instrumento revela que la mayoría de los y las participantes está de acuerdo y muy de acuerdo en recordarse a sí mismos la importancia de cambiar las maneras en las que cuidan de sí. Además, todos los y las participantes están de acuerdo y muy de acuerdo con que han aprendido a hacer cambios con los que pueden vivir y todas las personas trabajan hacia metas de largo plazo en su vida al menos algunas veces.

Patrón 9: Sexualidad-reproducción

Cuestionarios: Un 91,30% (21 personas) de los y las participantes refieren sentirse satisfechos con su sexualidad. Además, un 21,74% (5 personas) expresa que sí realiza autoexámenes para detección temprana de cáncer de mama/testículo y un 43,48% (10 personas) lo realiza algunas veces.

Patrón 10: Adaptación- tolerancia al estrés

Diagnóstico OBS: Casi el 50% de las personas expresa que un profesional de salud ha relacionado el estrés como causa de su situación de salud. Más del 50% de los y las trabajadoras indica que las relaciones interpersonales en el trabajo pueden mejorar.

Grupo Focal: Los y las participantes llegaron al consenso de darle una calificación de 8 en promedio (siendo el 10 la puntuación máxima) a la cantidad de estrés que experimentan diariamente, consideran que esto varía según el día y también situaciones ajenas al trabajo por las cuales puedan estar pasando. Los y las estudiantes asistentes relacionan parte de su estrés con que además de realizar horas en el CICA, también tienen otras responsabilidades relacionadas con la carrera que cursan. Además, las personas demuestran tener pocas estrategias de afrontamiento, relacionado con mal manejo del tiempo, del estrés, problemas de sueño, alteraciones gastrointestinales, como diarrea, gastritis, dolor estomacal y disminución del apetito.

Otra situación que les genera estrés es la falta de habilidades para poder decirle a otra persona que no van poder llevar a cabo una asignación en un tiempo determinado, en muchas ocasiones, se sienten forzados a decir que “sí” para evitar quejas y malos tratos, esto los hace

sentirse culpables y enojados, por lo que consideran que deben aprender herramientas para abordar este tema.

Actualmente, consideran que la pandemia ha sido un obstáculo para alcanzar algunas de las metas relacionadas con salud. Del mismo modo, y debido a esta situación han tenido que realizar cambios en sus vidas, por ejemplo, teletrabajar en lugar de asistir a las instalaciones del CICA, todo esto, incluyendo las medidas sanitarias que se han tenido que implementar, ha sido una situación estresante a la cual aún están intentando adaptarse. Como consecuencia de la pandemia, han tenido trastornos del sueño, sensación de incertidumbre, frustración, tristeza, entre otros. Manifiestan la necesidad de conocer más acerca del manejo del estrés.

Cuestionarios: De acuerdo con el Cuestionario de Estilo de Vida Promotor de la Salud II, y la subescala manejo del estrés, el promedio del grupo está bajo, lo que significa que tienen un mal manejo del estrés (Ver tabla 1). Desde esta perspectiva, un 26,09% (6 personas) nunca se toma algún tiempo para relajarse diariamente, un 39,13% (9 personas) nunca usa métodos específicos para controlar su tensión y un 60,87% (14 personas) nunca práctica relajación o meditación por 15-20 minutos diariamente. Además, un 52,17% (12 personas) sólo algunas veces mantiene un balance para prevenir el cansancio. Por otra parte, es importante resaltar que un 47,83% (11 personas) expresa que su carga de trabajo ha alterado sus hábitos intestinales.

Patrón 11: Valores-Creencias

Cuestionarios: De acuerdo con el Cuestionario de Estilo de Vida Promotor de la Salud II, y la subescala crecimiento espiritual, el promedio del grupo es alto, lo que significa que tienen un buen crecimiento espiritual (Ver tabla 1). Al respecto, todas las personas trabajan hacia metas de largo plazo en su vida al menos algunas veces. De igual manera, todos los y las participantes son conscientes de lo que es importante para sí mismos en la vida al menos algunas veces.

4.1.2 Fase diagnóstica

Se le realizó la identificación de los principales hallazgos según el patrón funcional y se tradujeron al lenguaje estandarizado utilizando la taxonomía NNN (NANDA) (Ver Tabla 2), donde también se agregaron las características definitorias y factores relacionados a cada

Tabla 1

Resultados del Cuestionario de Estilo de Vida Promotor de la Salud II e Índice de Autorregulación.

<i>Instrumento</i>	Media	DE	Rango	Rango posible
<i>Cuestionario de Estilo de Vida Promotor de la Salud II</i>	3	0,4	2-3	1-4*
Responsabilidad en salud	2	0,6	1-3	1-4*
Actividad física	3	0,9	1-4	1-4*
Nutrición	3	0,4	2-3	1-4*
Crecimiento espiritual	3	0,5	2-4	1-4*
Relaciones interpersonales	3	0,5	2-4	1-4*
Manejo del estrés	2	0,5	2-3	1-4*
<i>Índex de Autorregulación</i>	38	5,4	29-45	9-45
Reacondicionamiento	13	1,5	10-15	3-15
Control de estímulos	13	1,8	10-15	3-15
Monitoreo del comportamiento	12	2,6	7-15	3-15

(*) Escala Likert con rango de 1 (Nunca) a 4 (Rutinariamente).

Fuente: Elaboración propia basada en resultados del Cuestionario de Estilo de Vida Promotor de la Salud II e Índice de Autorregulación.

uno de estos. Además, se priorizaron los diagnósticos por medio de la red de razonamiento (Ver Figura 2 y Tabla 3).

4.2 Fase del Diseño del Programa de Autogestión

Posterior al análisis de los diagnósticos, se realizó el diseño del Plan de Atención de Enfermería, el cual está basado en los principales siete diagnósticos. Se utilizó la taxonomía NNN (NANDA-NIC-NOC) junto a los respectivos indicadores y actividades, de acuerdo a cada diagnóstico (Ver Tabla 4).

Tabla 2

Principales necesidades humanas identificadas en la valoración y diagnósticos correspondientes según NANDA.

Necesidades Humanas	Etiqueta Diagnóstica NANDA	Características definitorias/ Factores relacionados
PATRÓN II: Nutricional-Metabólico		
<ul style="list-style-type: none"> • Meriendas poco variadas y saludables. Expresan deseo de reeducación en el tema. • Poco consumo de agua y expresan deseos de mejorar el consumo. 	[00163] Disposición para mejorar la nutrición.	<ul style="list-style-type: none"> • Expresa deseos de mejorar la nutrición.
<ul style="list-style-type: none"> • Repercusiones a nivel gastrointestinal relacionadas con el estrés y ansiedad. • Enfermedades más frecuentes: gastritis y colitis. 	[00197] Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional.	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios en los hábitos alimentarios. • Estresores.
<ul style="list-style-type: none"> • Alto porcentaje de personas con sobrepeso y obesidad. • Omisión de tiempos de comida (meriendas). • Desórdenes en tiempos de alimentación. • Poco consumo de las porciones diarias de frutas y vegetales. • Pocas personas leen etiquetas nutricionales al elegir un producto. 	<p>[00232] Obesidad relacionado con frecuencia alta en la ingesta de comida de restaurante o frita, actividad física diaria promedio es menor a la recomendada por sexo y edad, sedentarismo de > 2 horas/día.</p> <p>[00233] Sobrepeso relacionado con frecuencia alta en la ingesta de comida de restaurante o frita, actividad física diaria promedio es menor a la recomendada por sexo y edad, sedentarismo de > 2 horas/día.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Índice de masa corporal mayor a 30kg/m². • Índice de masa corporal mayor a 25kg/m².
PATRÓN IV: Actividad-Ejercicio		
<ul style="list-style-type: none"> • Más de la mitad de los y las participantes tiene dificultad en mantener un balance para prevenir el cansancio. 	[00093] Fatiga relacionado con estresores.	<ul style="list-style-type: none"> • Cansancio.

<ul style="list-style-type: none"> • Personas visiblemente cansadas según referencias de las personas participantes 	<p>[00168] Estilo de vida sedentario relacionado con entrenamiento insuficiente para el ejercicio físico y motivación insuficiente para la actividad física.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • La actividad física diaria promedio es menor a la recomendada por sexo y edad.
<ul style="list-style-type: none"> • La mayor parte del día están en actividades sedentarias por el tipo de trabajo que realizan. • Varias personas nunca realizan actividades físicas livianas a moderadas 5 o más veces a la semana. • Algunas personas tienen menos motivación de realizar actividades físicas al tener que realizarlas sin la colectividad a la que estaban acostumbrados. • Muchos perciben que ahora pasan más tiempo en actividades sedentarias que cuando asistían al CICA. 	<p>[00182] Disposición para mejorar el autocuidado.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Expresa deseos de aumentar el autocuidado.
<p>PATRÓN V: Sueño-Descanso</p>		
<ul style="list-style-type: none"> • Gran cantidad de las personas refiere no dormir lo suficiente, principalmente por el estrés, estudio, la situación de la pandemia que ha generado que estén más tiempo en la computadora. 	<p>[00198] Patrón del sueño alterado relacionado con barreras ambientales.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Insatisfacción con el sueño.

- Personas visiblemente cansadas según referencias de las personas participantes.

PATRÓN VI: Cognitivo-Perceptual

- | | | |
|---|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Muchas personas se sienten culpables al decir que “no” y consideran que necesitan fortalecer sus habilidades al respecto. • Algunas personas se han establecido metas relacionadas con su nutrición y actividad física, sin embargo han tenido poca monitorización de los objetivos planteados. • Por lo menos algunas veces, todas las personas han trabajado hacia metas de largo plazo en su vida. | <p>[00184] Disposición para mejorar la toma de decisiones.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Expresa deseos de mejorar la toma de decisiones. |
|---|--|--|

PATRÓN VII: Autopercepción-Autoconcepto

- | | | |
|---|--------------------------------------|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Mayor distanciamiento social relacionado con la pandemia. • La pandemia ha generado cambios en sus rutinas diarias, causando: estrés, frustración, incertidumbre, tristeza, problemas para conciliar el sueño y demás. • Las medidas sanitarias para el manejo de la pandemia han variado constantemente. | <p>[00152] Riesgo de impotencia.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Interacciones interpersonales insuficientes. • Estrategias de afrontamiento ineficaces. • Conocimiento insuficiente para manejar la situación. |
|---|--------------------------------------|--|

PATRÓN VIII: Rol-Relaciones

- | | | |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Interés de las personas por mejorar sus comportamientos de salud (haciendo énfasis en la nutrición, manejo del estrés y actividad física).La mayoría se siente feliz de trabajar en el CICA. • Reconocen la importancia de cambiar comportamientos para cuidar de sí mismos. | <p>[00187] Disposición para mejorar el poder.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Expresa deseos para mejorar la implicación para generar el cambio. • Expresa deseos de mejorar la participación en elecciones para la salud. |
|---|---|---|
-

<ul style="list-style-type: none"> • Han aprendido a realizar cambios en sus vidas. • Para los y las participantes es importante tener metas colectivas relacionadas con salud. • Por lo menos algunas veces, todas las personas han trabajado hacia metas de largo plazo en su vida. 		<ul style="list-style-type: none"> • Expresa deseos de mejorar la participación en elecciones para la vida diaria.
<ul style="list-style-type: none"> • Las relaciones interpersonales en el trabajo pueden mejorar. • Solo algunas veces elogian a las personas por sus éxitos. 	[00229] Riesgo de relación ineficaz.	<ul style="list-style-type: none"> • Habilidades de comunicación ineficaces. • Estresores.
<ul style="list-style-type: none"> • Algún diagnóstico médico de casi el 50% de las personas ha estado relacionado con el estrés. • Enfermedades más frecuentes: gastritis, colitis y alergias. • Inadecuado manejo de tiempo. 	[00265] Riesgo de lesión laboral.	<ul style="list-style-type: none"> • Estrés excesivo. • Estrategias de afrontamiento ineficaces. • Manejo inadecuado del tiempo. • Relaciones laborales.
PATRÓN X: Afrontamiento-Tolerancia del estrés		
<ul style="list-style-type: none"> • Altos niveles de estrés diario. • Deseo de mejorar el manejo del estrés. • Algún diagnóstico médico de casi el 50% de las personas ha estado relacionado con el estrés. • Muchas personas se sienten culpables al decir que “no” y consideran que necesitan fortalecer sus habilidades al respecto. 	[00177] Estrés por sobrecarga relacionado con recursos insuficientes y estresores.	<ul style="list-style-type: none"> • Estrés excesivo. • Impacto negativo del estrés. • Tensión. • Toma de decisiones deteriorada.
<ul style="list-style-type: none"> • Bajo manejo del estrés. • Gran cantidad de los trabajadores y trabajadoras refiere no dormir lo suficiente, principalmente por el estrés, estudio y la 	[00069] Afrontamiento ineficaz relacionado con recursos inadecuados y estrategias de liberación de la tensión ineficaces.	<ul style="list-style-type: none"> • Estrategias de afrontamiento ineficaces. • Alteraciones en el patrón de dormir.

situación de la pandemia, que ha generado que estén más tiempo en la computadora.

- Inadecuado manejo de tiempo.

- Deseo de mejorar el manejo del estrés.
- Han aprendido a realizar cambios en sus vidas.
- Algunas personas se han establecido metas relacionadas con su nutrición y actividad física, sin embargo han tenido poca monitorización de los objetivos planteados.
- La pandemia ha sido un obstáculo para alcanzar sus metas.
- Las relaciones interpersonales en el trabajo pueden mejorar.
- Muchas personas se sienten culpables al decir que “no” y consideran que necesitan fortalecer sus habilidades al respecto.

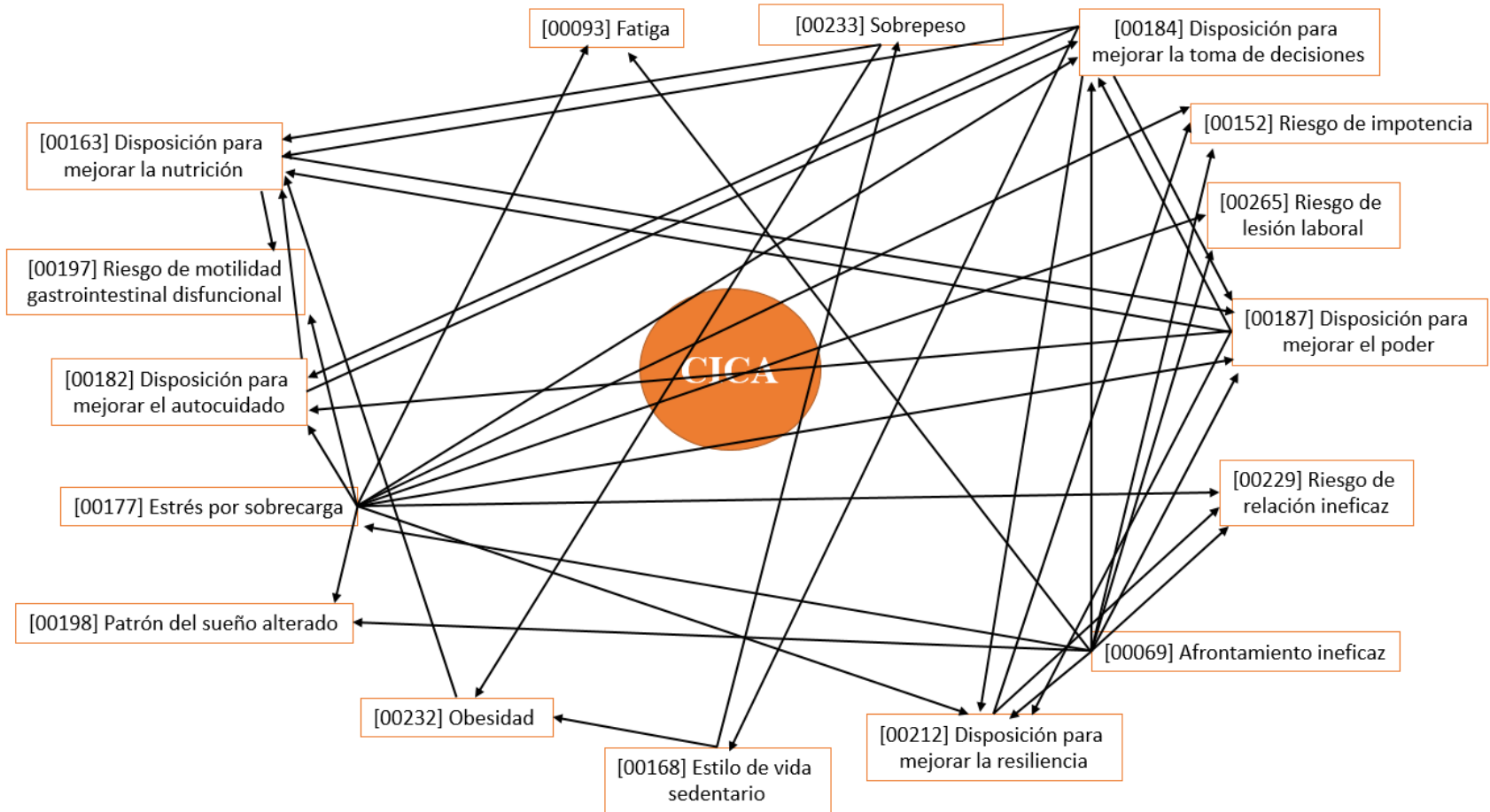
[00212] Disposición para mejorar la resiliencia.

- Expresa deseos de mejorar el uso de habilidades de afrontamiento.
 - Expresa deseos de mejorar en el progreso hacia el logro de objetivos.
 - Expresa de deseos de mejorar su involucramiento en las actividades.
 - Expresa deseos de mejorar las relaciones con otros.
 - Expresa deseos de mejorar las habilidades de comunicación.
-

Fuente: Elaboración propia.

Figura 2

Red lógica según el modelo AREA.



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3

Cantidad de relaciones según la red del modelo AREA.

Etiqueta diagnóstica	Relaciones que Salen	Relaciones que Entran	Total de Relaciones
[00177] Estrés por sobrecarga relacionado con recursos insuficientes y estresores.	10	1	11
[00184] Disposición para mejorar la toma de decisiones.	5	4	9
[00069] Afrontamiento ineficaz relacionado con recursos inadecuados y estrategias de liberación de la tensión ineficaces.	9	-	9
[00187] Disposición para mejorar el poder.	4	4	8
[00163] Disposición para mejorar la nutrición.	2	5	7
[00212] Disposición para mejorar la resiliencia.	2	4	6
[00182] Disposición para mejorar el autocuidado.	2	3	5

[00232] Obesidad relacionado con frecuencia alta en la ingesta de comida de restaurante o frita, actividad física diaria promedio es menor a la recomendada por sexo y edad, sedentarismo de > 2 horas/día.	1	2	3
[00233] Sobrepeso relacionado con frecuencia alta en la ingesta de comida de restaurante o frita, actividad física diaria promedio es menor a la recomendada por sexo y edad, sedentarismo de > 2 horas/día.	2	1	3
[00168] Estilo de vida sedentario relacionado con entrenamiento insuficiente para el ejercicio físico y motivación insuficiente para la actividad física.	2	1	3
[00152] Riesgo de impotencia.	-	3	3
[00229] Riesgo de relación ineficaz.	-	3	3
[00197] Riesgo de motilidad gastrointestinal disfuncional.	-	2	2
[00093] Fatiga relacionado con estresores.	-	2	2
[00198] Patrón del sueño alterado relacionado con barreras ambientales.	-	2	2
[00265] Riesgo de lesión laboral.	-	2	2

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 4

Plan de cuidado de Enfermería.

Diagnóstico de Enfermería NANDA		
[00177] Estrés por sobrecarga relacionado con recursos insuficientes y estresores.		
Definición:	Excesiva cantidad y tipo de demandas que requieren acción.	
Características definitivas/ Factores relacionados	<ul style="list-style-type: none"> • Estrés excesivo. • Impacto negativo del estrés. • Tensión. • Toma de decisiones deteriorada. 	
Resultados de Enfermería NOC		
NOC	Indicador	Escala de medición
[1302] Afrontamiento de problemas	[130204] Refiere disminución de estrés	Escala 13 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado
	[130210] Adopta conductas para reducir el estrés	3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado
	[130216] Refiere disminución de los síntomas físicos de estrés	5. Siempre demostrado
[0906] Toma de decisiones	[90602] Identifica alternativas	Escala 01 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido
	[90609] Escoge entre varias alternativas	3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido

[2011] Estado de comodidad: psicoespiritual	[201108] Establecer objetivos	Escala 01 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido
[1635] Gestión del tiempo personal	[163509] Planifica las actividades de la semana [163515] Minimiza las interrupciones	Escala 13 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado

Intervenciones de Enfermería NIC

NIC [5230] Mejorar el afrontamiento

Actividades

- Instruir a las personas en el uso de técnicas de relajación, si resulta necesario.
- Ayudar a las personas a identificar estrategias positivas para afrontar sus limitaciones y manejar los cambios de estilo de vida.
- Ayudar a las personas a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo.
- Ayudar a las personas a descomponer los objetivos complejos en etapas pequeñas y manejables.
- Ayudar a las personas a evaluar los recursos disponibles para lograr los objetivos.
- Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.
- Alentar la aceptación de las limitaciones de los demás.
- Animar a las personas a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.
- Ayudar a las personas a identificar sistemas de apoyo disponibles.

NIC [8340] Fomentar la resiliencia

Actividades

- Fomentar que el grupo valore el logro.
- Fomentar conductas positivas de búsqueda de la salud.
- Ayudar a los y las participantes a adquirir habilidades asertivas.

NIC [0180] Manejo de la energía

Actividades

- Ayudar a los y las participantes a establecer metas realistas de actividades.
- Enseñar técnicas de organización de actividades y gestión del tiempo para evitar la fatiga.
- Ayudar a los y las participantes a priorizar las actividades.
- Ayudar a los y las participantes a identificar las tareas que pueden ser delegadas.
- Limitar la cantidad de interrupciones y ladrones del tiempo.
- Planificar las actividades para los períodos en los que los y las participantes tienen más energía.

Diagnóstico de Enfermería NANDA**[00184] Disposición para mejorar la toma de decisiones.**

Definición: Patrón de elección del rumbo de las acciones que es suficiente para alcanzar los objetivos a corto y largo plazo relacionados con la salud y que puede ser reforzado.

Características definatorias/ Factores relacionados

- Expresa deseos de mejorar la toma de decisiones.

Resultados de Enfermería NOC

NOC	Indicador	Escala de medición
[1600] Conducta de adhesión	[160009] Refiere el uso de estrategias para optimizar al máximo la salud	Escala 13 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado
	[160014] Realiza automonitorización	
[1700] Creencias sobre la salud	[170007] Mejora en el estilo de vida percibida tras una acción	Escala 12 1. Muy débil 2. Débil 3. Moderado 4. Intenso 5. Muy intenso
[1309] Resiliencia personal	[130902] Utiliza estrategias de afrontamiento efectivas	Escala 13 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado
	[130916] Progresa hacia los objetivos	

[0906] Toma de decisiones	[90602] Identifica alternativas	Escala 01 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido
	[90609] Escoge entre varias alternativas	

Intervenciones de Enfermería NIC

NIC [4410] Establecimiento de objetivos comunes

Actividades

- Ayudar a las personas a identificar objetivos realistas y asequibles.
- Establecer los objetivos en términos positivos.
- Ayudar a las personas a desglosar los objetivos complejos en pasos pequeños, manejables.
- Ayudar a las personas a desarrollar un plan que cumpla con los objetivos.
- Ayudar a las personas a fijar límites temporales realistas.
- Explorar con las personas los métodos para medir el progreso hacia los objetivos.

NIC [5230] Mejorar el afrontamiento

Actividades

- Instruir a las personas en el uso de técnicas de relajación, si resulta necesario.
 - Ayudar a las personas a identificar estrategias positivas para afrontar sus limitaciones y manejar los cambios de estilo de vida.
 - Ayudar a las personas a identificar los objetivos apropiados a corto y largo plazo.
 - Ayudar a las personas a descomponer los objetivos complejos en etapas pequeñas y manejables.
 - Ayudar a las personas a evaluar los recursos disponibles para lograr los objetivos.
 - Fomentar las relaciones con personas que tengan intereses y objetivos comunes.
 - Alentar la aceptación de las limitaciones de los demás.
 - Animar a las personas a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.
 - Ayudar a las personas a identificar sistemas de apoyo disponibles.
-

NIC [5395] Mejora de la autoconfianza

Actividades

- Identificar los obstáculos al cambio de conducta.
- Proporcionar información sobre la conducta deseada.
- Ayudar a las personas a comprometerse con un plan de acción para cambiar la conducta.
- Proporcionar un entorno de ayuda para aprender los conocimientos y habilidades necesarios para llevar a cabo la conducta.
- Utilizar estrategias de enseñanza que sean adecuadas a la cultura y la edad.

NIC [4470] Ayuda en la modificación de sí mismo

Actividades

- Explicar a las personas la importancia de la automonitorización en el intento de cambiar la conducta.
- Ayudar a las personas a desarrollar una hoja de codificación fácil de utilizar que ayude en el registro de conductas (puede ser un gráfico o una tabla).
- Animar a las personas a elegir un refuerzo/recompensa que sea lo suficientemente significativa como para mantener la conducta.
- Explorar con el grupo la posibilidad de utilizar un dispositivo tecnológico para registrar un comportamiento que permita una representación visual de los cambios (p. ej., ordenador, teléfono inteligente).

NIC [5520] Facilitar el aprendizaje

Actividades

- Proporcionar materiales educativos para ilustrar la información importante y/o compleja.
 - Presentar la información de manera estimulante.
 - Proporcionar folletos informativos, vídeos y recursos online cuando sea adecuado.
 - Fomentar la participación activa del paciente.
 - Dar tiempo a las personas para que haga preguntas y comente sus inquietudes.
-

Diagnóstico de Enfermería NANDA

[00069] Afrontamiento ineficaz relacionado con recursos inadecuados y estrategias de liberación de la tensión ineficaces.

Definición: Patrón de valoración no válida de factores estresantes, con esfuerzos cognitivos y/o de comportamiento, que no logra manejar las demandas relacionadas con el bienestar.

Características definatorias/ Factores relacionados

- Estrategias de afrontamiento ineficaces.
- Alteraciones en el patrón de dormir.

Resultados de Enfermería NOC

NOC	Indicador	Escala de medición
[1302] Afrontamiento de problemas	[130204] Refiere disminución de estrés	Escala 13 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado
	[130210] Adopta conductas para reducir el estrés	3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado
	[130216] Refiere disminución de los síntomas físicos de estrés	5. Siempre demostrado
[2013] Equilibrio en el estilo de vida	[201310] Utiliza la gestión del tiempo en la rutina diaria	Escala 13 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado
[0004] Sueño	[403] Patrón del sueño	Escala 01 1. Gravemente comprometido 2. Sustancialmente comprometido 3. Moderadamente comprometido 4. Levemente comprometido 5. No comprometido

Intervenciones de Enfermería NIC

NIC [5230] Mejorar el afrontamiento

Actividades

- Instruir a las personas en el uso de técnicas de relajación, si resulta necesario.

- Ayudar a las personas a identificar estrategias positivas para afrontar sus limitaciones y manejar los cambios de estilo de vida.
- Animar a las personas a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.
- Ayudar a las personas a identificar sistemas de apoyo disponibles.
- Enseñar técnicas de organización de actividades y gestión del tiempo.

NIC [1850] Mejorar el sueño

Actividades

- Ajustar el ambiente (luz, ruido, temperatura, colchón y cama) para favorecer el sueño.
- Animar a las personas a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño.
- Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama.
- Comentar con las personas técnicas para favorecer el sueño.
- Explorar con el grupo la posibilidad de utilizar un dispositivo tecnológico para registrar un comportamiento que permita una representación visual de los cambios (p. ej., ordenador, teléfono inteligente).

Diagnóstico de Enfermería NANDA

[00187] Disposición para mejorar el poder.

Definición: Patrón de participación consciente en el cambio que es suficiente para alcanzar el bienestar y que puede ser reforzado.

Características definatorias/ Factores relacionados

- Expresa deseos para mejorar la implicación para generar el cambio.
- Expresa deseos de mejorar la participación en elecciones para la salud.
- Expresa deseos de mejorar la participación en elecciones para la vida diaria.

Resultados de Enfermería NOC

NOC	Indicador	Escala de medición
[1700] Creencias sobre la salud	[170007] Mejora en el estilo de vida percibida tras una acción	Escala 12 1. Muy débil 2. Débil 3. Moderado 4. Intenso 5. Muy intenso

[1309] Resiliencia personal	[130916] Progresa hacia los objetivos	Escala 13 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado
------------------------------------	---------------------------------------	---

Intervenciones de Enfermería NIC

NIC [4410] Establecimiento de objetivos comunes

Actividades

- Ayudar a las personas a identificar objetivos realistas y asequibles.
- Establecer los objetivos en términos positivos.
- Ayudar a las personas a desglosar los objetivos complejos en pasos pequeños, manejables.
- Ayudar a las personas a desarrollar un plan que cumpla con los objetivos.
- Ayudar a las personas a fijar límites temporales realistas.
- Explorar con las personas los métodos para medir el progreso hacia los objetivos.

Diagnóstico de Enfermería NANDA

[00163] Disposición para mejorar la nutrición.

Definición: Patrón de aporte de nutrientes que puede ser reforzado.

Características definatorias/ Factores relacionados

- Expresa deseos de mejorar la nutrición.

Resultados de Enfermería NOC

NOC	Indicador	Escala de medición
[1621] Conducta de adhesión: dieta saludable	[162101] Establece objetivos dietéticos alcanzables	Escala 13 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado
	[162107] Selecciona alimentos basándose en la información nutricional de las etiquetas	

[162111] Come las raciones de fruta recomendadas cada día

[162116] Mantiene la hidratación

Intervenciones de Enfermería NIC

NIC [5246] Asesoramiento nutricional

Actividades

- Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional.
- Dar opciones de meriendas saludables.
- Enseñar lectura de etiquetas nutricionales.
- Explicar la importancia del consumo de agua diaria.
- Explicar la importancia del consumo diario de las porciones recomendadas de frutas.
- Brindar material digital educativo y llamativo para la población.
- Explorar con el grupo la posibilidad de utilizar un dispositivo tecnológico para registrar un comportamiento que permita una representación visual de los cambios (p. ej., ordenador, teléfono inteligente).

NIC [4410] Establecimiento de objetivos comunes

Actividades

- Ayudar a las personas a identificar objetivos realistas y asequibles.
- Establecer los objetivos en términos positivos.
- Ayudar a las personas a desglosar los objetivos complejos en pasos pequeños, manejables.
- Ayudar a las personas a desarrollar un plan que cumpla con los objetivos.
- Ayudar a las personas a fijar límites temporales realistas.
- Explorar con el grupo los métodos para medir el progreso hacia los objetivos.

Diagnóstico de Enfermería NANDA

[00212] Disposición para mejorar la resiliencia.

Definición: Patrón de capacidad para recuperarse de situaciones adversas o cambiantes percibidas, a través de un proceso dinámico de adaptación, que puede fortalecerse.

Características definatorias/ Factores relacionados

- Expresa deseos de mejorar el uso de habilidades de afrontamiento.
- Expresa deseos de mejorar en el progreso hacia el logro de objetivos.
- Expresa de deseos de mejorar su involucramiento en las actividades.
- Expresa deseos de mejorar las relaciones con otros.
- Expresa deseos de mejorar las habilidades de comunicación.

Resultados de Enfermería NOC

NOC	Indicador	Escala de medición
[1700] Creencias sobre la salud	[170007] Mejora en el estilo de vida percibida tras una acción	Escala 12 1. Muy débil 2. Débil 3. Moderado 4. Intenso 5. Muy intenso
[1309] Resiliencia personal	[130902] Utiliza estrategias de afrontamiento efectivas <hr/> [130916] Progresa hacia los objetivos <hr/> [130917] Utiliza estrategias para potenciar la salud	Escala 13 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado

Intervenciones de Enfermería NIC

NIC [4410] Establecimiento de objetivos comunes

Actividades

- Ayudar a las personas a identificar objetivos realistas y asequibles.
- Establecer los objetivos en términos positivos.

- Ayudar a las personas a desglosar los objetivos complejos en pasos pequeños, manejables.
- Ayudar a las personas a desarrollar un plan que cumpla con los objetivos.
- Ayudar a las personas a fijar límites temporales realistas.
- Explorar con las personas los métodos para medir el progreso hacia los objetivos.

NIC [8340] Fomentar la resiliencia

Actividades

- Fomentar que el grupo valore el logro.
- Fomentar conductas positivas de búsqueda de la salud.
- Ayudar a los y las participantes a adquirir habilidades asertivas.

NIC [5230] Mejorar el afrontamiento

Actividades

- Instruir a las personas en el uso de técnicas de relajación, si resulta necesario.
- Ayudar a las personas a identificar estrategias positivas para afrontar sus limitaciones y manejar los cambios de estilo de vida.
- Animar a las personas a identificar sus puntos fuertes y sus capacidades.
- Ayudar a las personas a identificar sistemas de apoyo disponibles.

Diagnóstico de Enfermería NANDA

[00182] Disposición para mejorar el autocuidado.

Definición: Patrón de realización de actividades por parte de la propia persona que ayuda a alcanzar los objetivos relacionados con la salud y que puede ser reforzado.

Características definatorias/ Factores relacionados

- Expresa deseos de aumentar el autocuidado.

Resultados de Enfermería NOC

NOC	Indicador	Escala de medición
[2002] Bienestar personal	[200207] Capacidad de afrontamiento	Escala 18
	[200208] Capacidad de relax	1. No del todo satisfecho 2. Algo satisfecho 3. Moderadamente satisfecho 4. Muy satisfecho 5. Completamente satisfecho

[1603] Conducta de búsqueda de la salud	[160303] Realiza autodetección	Escala 13
	[160314] Realiza conductas de salud por iniciativa propia	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nunca demostrado 2. Raramente demostrado 3. A veces demostrado 4. Frecuentemente demostrado 5. Siempre demostrado

Intervenciones de Enfermería NIC

NIC [4410] Establecimiento de objetivos comunes

Actividades

- Ayudar a las personas a identificar objetivos realistas y asequibles.
- Establecer los objetivos en términos positivos.
- Ayudar a las personas a desglosar los objetivos complejos en pasos pequeños, manejables.
- Ayudar a las personas a desarrollar un plan que cumpla con los objetivos.
- Ayudar a las personas a fijar límites temporales realistas.
- Explorar con el paciente los métodos para medir el progreso hacia los objetivos.

NIC [0200] Fomento del ejercicio

Actividades

- Animar a las personas a empezar o continuar con el ejercicio.
- Ayudar a las personas a establecer las metas a corto y largo plazo del programa de ejercicios.
- Ayudar a las personas a integrar el programa de ejercicios en su rutina semanal.
- Informar a las personas acerca de los beneficios para la salud y los efectos psicológicos del ejercicio.
- Ayudar a las personas a preparar y registrar en un gráfico/hoja los progresos para motivar la adhesión al programa de ejercicios.
- Explorar con el grupo la posibilidad de utilizar un dispositivo tecnológico para registrar un comportamiento que permita una representación visual de los cambios (p. ej., ordenador, teléfono inteligente).

NIC [4480] Facilitar la autorresponsabilidad

Actividades

- Considerar responsable a las personas de su propia conducta.
 - Brindar oportunidades para la autoevaluación y la autorreflexión.
 - Asegurar que el grupo tenga los recursos apropiados para asumir más responsabilidad.
 - Animar a las personas a que asuma tanta responsabilidad de sus propios autocuidados como sea posible.
 - Entregar a las personas material digital educativo y atractivo acerca de autoexamen de mama y testículos.
-

Fuente: Elaboración propia.

4.3. Fase de Planeación y Ejecución del Programa de Autogestión

A partir del establecimiento de estos diagnósticos de enfermería y de la mano con las habilidades de autorregulación de la teoría de la Autogestión Individual y Familiar, de las autoras Ryan y Sawin (2009) se realizó la planeación y cronograma de las sesiones correspondientes al Programa de Autogestión. Al realizarse sesiones educativas, se crearon planes didácticos en cada sesión (Ver Tablas 5, 7, 9, 11 y 13). Además, se detallan los resultados de la ejecución de cada sesión.

4.3.1. Sesión 1. Introducción al Programa de Autogestión

Fecha: 03 de setiembre. Hora: 3:00pm-4:00pm

Diagnósticos abordados:

[00177] Estrés por sobrecarga relacionado con recursos insuficientes y estresores.

[00184] Disposición para mejorar la toma de decisiones

[00187] Disposición para mejorar el poder

[00182] Disposición para mejorar el autocuidado

[00212] Disposición para mejorar la resiliencia.

Bases científicas de la sesión:

La información referente a la autogestión, autorregulación y sus habilidades se puede consultar en el marco teórico y conceptual de este documento.

A continuación se describe el plan didáctico utilizado durante la sesión (Ver Tabla 5), así como el detalle de los NOC y los respectivos indicadores aplicados durante la sesión (Ver Tabla 6).

Síntesis de la sesión:

La sesión se realizó a través de la plataforma Zoom y durante la misma, se realizó un acercamiento con la población, en total participaron 15 personas. Se verificó que los participantes firmaran el consentimiento informado y se explicó en qué consiste el Programa de Enfermería, así como los temas principales a tratar en las próximas sesiones y se aclararon dudas al respecto. Finalmente, se realizó una charla magistral participativa, en la cual las facilitadoras explicaron los principales conceptos de autogestión y las habilidades de autorregulación y se les invitó a establecer un objetivo relacionado con su proyecto de vida.

También, al finalizar la sesión se realizó un conversatorio sobre cómo se habían establecido objetivos en el pasado y otras experiencias previas con las habilidades de autorregulación.

Descripción de la ejecución de la sesión:

Inicialmente se les dio la bienvenida a los y las participantes y se verificó que cada uno de ellos y ellas hubiera completado el consentimiento informado que previamente se les envió a sus correos. Posteriormente, se realizó una pequeña actividad de presentación para conocer de manera general a los participantes del programa, para ello, la mayoría activó su cámara para compartir su nombre y qué tipo de labores realiza en el CICA. Es importante mencionar que en el contexto de pandemia en el que nos encontramos, algunos de los participantes estaban en su lugar de trabajo, sin embargo la mayoría se encontraban conectados desde su casa. Además, varios de los participantes de la sesión habían participado previamente del grupo focal que se realizó como parte de la valoración a los funcionarios del CICA, esto favoreció la interacción entre estos y las proponentes, demostrando mayor confianza de parte de ellos para realizar preguntas y hacer comentarios durante la sesión. De

Tabla 5

Sesión 1. Plan didáctico de la estrategia educativa

Objetivos específicos de aprendizaje	Contenidos específicos	Estrategia	Actividad de aprendizaje	Estrategia de evaluación	Recursos o materiales
Establecer un acercamiento con la población y generar un ambiente de confianza.	Presentación de las facilitadoras y de cada uno de los participantes.	Reunión virtual con los participantes y facilitadores.	Presentación personal de cada participante y de las facilitadoras.	Preguntas relacionadas con los datos personales y laborales de cada participante.	Dispositivo electrónico para acceder a Zoom.
Explicar qué es la autorregulación y sus habilidades.	Destrezas y habilidades de autorregulación: establecimiento de metas, automonitorización, pensamiento reflexivo, toma de decisiones, planeación y acción, autoevaluación y control emocional.	Presentación de Power Point.	Clase magistral participativa.	Realimentación con opiniones de los participantes acerca del programa.	Dispositivo electrónico para acceder a Zoom.
Enseñar a establecer un objetivo para la salud.	Habilidad de autorregulación: establecimiento de metas.	Presentación de Power Point.	Construcción de objetivo de proyecto de vida con apoyo de Power Point y Polleverywhere.	Retroalimentación de los objetivos planteados.	Dispositivo electrónico para acceder a Zoom y polleverywhere. Papel y lápices.

Tabla 6

Diagnósticos, NOC e indicadores de la Sesión 1.

Dx	NOC	Indicador
[00184] Disposición para mejorar la toma de decisiones	[0906] Toma de decisiones	[90602] Identifica alternativas
		[90609] Escoge entre varias alternativas
[00177] Estrés por sobrecarga relacionado con recursos insuficientes y estresores.	[2011] Estado de comodidad: psicoespiritual	[201108] Establecer objetivos
	[0906] Toma de decisiones	[90602] Identifica alternativas
		[90609] Escoge entre varias alternativas

igual manera, la relación y comunicación, entre los mismos funcionarios durante la sesión, fue de compañerismo, confianza, cooperación, interés y ayuda, ya que por ejemplo, en cierto momento una de las participantes preguntó alternativas para cumplir su meta porque ha tenido dificultades para cumplirla y otra participante, respondió desde su experiencia opciones que podrían ser de ayuda para su compañera, y circunstancias similares a esta se dieron a lo largo de la sesión.

Se explicó a los y las participantes brevemente cómo es que se realiza este Programa de Enfermería y las fases del mismo, así como las principales temáticas de las próximas sesiones. En el desarrollo de la sesión, se explicó el concepto de autorregulación, así como cada una de las habilidades de autorregulación, para facilitar el desarrollo de algunas de ellas, a los y las participantes se les enviaron plantillas relacionadas con automonitorización y autoevaluación (Ver anexo 9 y 10).

Además, como parte de estas habilidades, se enseñó a los y las participantes, las características del establecimiento de objetivos según el método SMART, y posteriormente cada uno se estableció un objetivo de proyecto de vida. Para observar los objetivos propuestos, se utilizó la página web de polleverywhere, en la cual cada persona de forma anónima escribió el objetivo que se estableció, posteriormente, estos se compartieron con el grupo y se realizó retroalimentación sobre algunos de ellos. Estos fueron algunos de los objetivos establecidos durante esta sesión:

“Lograr una beca doctoral para comenzar máximo en los próximos 5 años”

“Obtener durante todos mis cursos de maestría notas superiores a 90 para graduarme de honor”

“Hacer una hora diaria de ejercicio por cinco días a la semana de setiembre a diciembre 2020”

“Leer al menos 6 libros en el periodo de un año”

A lo largo de la sesión, emergieron dudas relacionadas con la temática, que fueron aclaradas por las facilitadoras. En general, se observó interés en las personas por participar activamente durante la sesión. Finalmente, como actividad de cierre se realizó un pequeño conversatorio, para conocer experiencias previas de los participantes con la identificación y selección de metas y distintas habilidades de autorregulación.

4.3.2. Sesión 2. Gestión del tiempo

Fecha: 15 de setiembre. Hora: 9:00am-10:00am

Diagnósticos abordados:

[00177] Estrés por sobrecarga relacionado con recursos insuficientes y estresores.

[00069] Afrontamiento ineficaz relacionado con recursos inadecuados y estrategias de liberación de la tensión ineficaces.

[00184] Disposición para mejorar la toma de decisiones.

[00187] Disposición para mejorar el poder.

[00212] Disposición para mejorar la resiliencia.

[00182] Disposición para mejorar el autocuidado.

Bases científicas de la sesión

El tiempo es un recurso idéntico para todas las personas, sin embargo, cada individuo lo gestiona de diferente manera. La gestión del tiempo, busca aprovechar de modo óptimo el tiempo disponible (112).

De acuerdo con Peter Drucker “Todo requiere tiempo. Es una ley universal. Todo trabajo lleva y precisa tiempo. Sin embargo, mucha gente utiliza sin pensar este recurso único, irremplazable y necesario”(113). Este mismo autor señala el tiempo como el recurso más importante que tiene una persona. Es importante tener en cuenta las características del tiempo(113), las cuales son:

- Imprescindible: cualquier acto humano necesita de tiempo para ser realizado
- Inexorable: no se puede detener, el tiempo pasa de forma inevitable
- Insustituible
- Inelástico

Otra característica a tomar en cuenta con respecto al tiempo, es que éste se percibe de manera subjetiva (114).

La gestión del tiempo relaciona el trabajo en el uso del tiempo para realizar metas o tareas de forma eficaz(112). Además, en este proceso, el individuo tiene control del momento y el contenido de la actividad. De acuerdo con Hellsten (2012) “la gestión del tiempo es una competencia que incluye, entre otras cosas, establecer y respetar prioridades, para ser más eficiente realizando las tareas y alcanzando sus objetivos” (113). La gestión del tiempo depende de los objetivos de cada persona, y lo que para uno puede ser una pérdida de tiempo, para alguien más es un espacio bien aprovechado.

Cuando una persona cree que no tiene tiempo para terminar un trabajo, puede que trabaje más horas o lo haga más rápido, y estas dos alternativas pueden llevar a

inconvenientes, ya que una persona no trabaja de la misma manera cuando está descansada que cuando está cansada. Además, cuanto más cansada esté una persona hay más posibilidad de cometer errores e incluso puede ocurrir que si esa tarea no fue efectuada adecuadamente, se deba de rehacer, conllevando a una pérdida de tiempo y productividad.

La Ley de Parkinson propone que las tareas suelen ocupar todo el tiempo del que se disponga(114). Precisamente por esto, es importante trabajar desde el tiempo necesario y no el disponible, para ello es necesario fijar plazos y señalar límites, de modo que las personas aprendan a planificar su tiempo de manera que se sientan satisfechas y logren cumplir los objetivos propuestos (114). Muchas personas, luego de trabajar, terminan cansadas y con la sensación de no haber hecho nada, y probablemente han realizado muchas tareas, pero no en la dirección que querían, sino las que las circunstancias han puesto en su camino (115).

La planificación ayuda a que la persona identifique qué tareas va a realizar en los próximos días, cuándo se va a llevar a cabo cada actividad y cuánto tiempo van a tomar. La programación debe de ser ágil, flexible y rápida; de manera que cuando surjan imprevistos, se tendrá la información suficiente para tomar decisiones, es decir, si el imprevisto es más importante que lo que deja de hacer en el momento.

Una adecuada planificación ayuda a determinar cuáles son las tareas críticas en las que la persona se debe de concentrar. Al planificar una tarea o actividad, se debe de tener en cuenta su importancia y urgencia (114). Las tareas importantes son aquellas que radican en mayor o menor incidencia en la consecución de los objetivos a corto, mediano o largo plazo (113,114). Estas se caracterizan por:

- Contribuir con la visión a largo plazo, los valores y objetivos personales y profesionales de cada individuo.
- Se hacen en modo relajado.
- Hacerlas da tranquilidad y ayuda a la persona a pensar más y mejor en nuevas oportunidades (116).

El sistema ABC ayuda a establecer prioridades en cuanto a importancia:

1. Tareas A: son las más importantes. Ayudan a alcanzar los objetivos más importantes de la planificación. Normalmente no se pueden delegar.
2. Tareas B: menos importantes que las tareas A, algunas se pueden delegar y otras deben de ser resueltas personalmente.
3. Tareas C: son las menos importantes. (114)

Las tareas urgentes por su parte, son las que tienen prioridad en el tiempo (114). Tienen las siguientes características:

- Requieren atención y acción inmediata.
- Pueden llevar a la persona a estar a la defensiva.
- Exigen prisa y normalmente un enfoque alto para ser realizadas.
- Se realizan en modo estrés.
- No hacerlas a tiempo tiene consecuencias inmediatas.
- Suelen estar relacionadas con las prioridades de otras personas (113,116).

Se puede utilizar la siguiente nomenclatura para establecer prioridades: urgente, prioritario y normal. Utilizar estos términos u otros acordados puede facilitar la comunicación y evitar errores de interpretación.

- Urgente: en el transcurso de la mañana o tarde, según asignado
- Prioritario: en las próximas 24 horas
- Normal: en los próximos 3 días.

La matriz de Covey (1989) es una herramienta que combina las dimensiones de importante y no importante, así como urgente y no urgente y ayuda a que la persona clasifique las tareas o actividades (113). Este cuadro ayuda a que el individuo visualice en qué casilla está trabajando y decida si es ahí donde debería de estar.

Las personas que tienen la mayoría de sus tareas en el cuadrante I se encuentran en crisis continua, realizando las tareas cuando ya se convirtieron en urgente (114). Estas

actividades o tareas deben de realizarse inmediatamente. Pueden ser situaciones de agotamiento (113).

Varios autores concuerdan en que las personas deberían de centrarse en el cuadrante II, de las actividades importantes y no urgentes (115). Se deben de reducir las tareas urgentes, para darle prioridad a las importantes pero no Urgentes (113). Mientras que si la mayor parte del tiempo la persona está en el cuadrante III, toma el riesgo de que las tareas importantes se conviertan en urgentes. Si se planifica una tarea en forma escalonada, no se va a convertir en urgente (114).

Finalmente, se debe de evitar tener con frecuencia actividades en el cuadrante IV, ya que esto indica que probablemente la persona está utilizando mal su tiempo. En este cuadrante se ubican la mayoría de los ladrones del tiempo (114).

Los ladrones del tiempo son aquellas situaciones que absorben parte importante del tiempo, e impiden que la persona se mantenga centrada en sus objetivos y en la planificación establecida para alcanzarlos. Son las circunstancias que hacen que una persona pierda el tiempo que necesitaría para otra actividad (114). Hace referencia a cualquier interrupción, situación inesperada, visitas no previstas, reuniones no contempladas o sin objetivos claros, constantes correos electrónicos, llamadas, entre otros (112–115).

Estos ladrones del tiempo son algunas de las actividades que más desgastan a la persona y las que mayor impacto negativo tienen en la planificación, no necesariamente por el tiempo y esfuerzo que ocupan, sino por la interrupción que provocan en la concentración (115).

Uno de los ladrones de tiempo es el no saber decir que no, con respecto a esto, ciertos autores mencionan que una de las maneras de decirlo asertivamente es la técnica del “disco rayado”, en la cual la persona repite y es persistente en decir una y otra vez lo que quiere, sin irritarse o alterarse, finalizando las frases con el objetivo planteado en la conversación(117,118). Por ejemplo:

- Luis: Necesito que me cambies el día 7. Ya he reservado el viaje contando con ese día.
- Merche: Lo siento, no te puedo cambiar el turno.
- Luis: Anda, mira que eres bromista. Necesito que vayas a decírselo a la supervisora. ¿Puedes ir ahora?
- Merche: Ya te he dicho que no puedo cambiar el día. [Disco rayado]
- Luis: Pero Merche, [...] Necesito irme de viaje. Ya he quedado [...] ¿Por qué no me cambias? Si me dijiste que no te ibas a ningún sitio.
- Merche: Así es, pero no te cambio el día. Ya tengo mis planes hechos. [Disco rayado]
- Luis: Por favooor. ¿Ya no recuerdas todos los favores que te hecho? ¿De esta manera me lo vas a pagar? Creía que éramos amigos.
- Merche: Y lo somos. Pero no te cambio el turno. Lo siento. [Disco rayado]

La otra opción es el “compromiso viable”, que es muy útil en situaciones en las que los individuos se enfrentan a figuras de autoridad o no se tiene ningún control sobre lo que va a ocurrir, consiste en llegar a un acuerdo siempre y cuando el compromiso no afecte nuestros sentimientos personalmente (117). Por ejemplo:

- «Entiendo lo que dices; esta semana me encargaré yo de redactar este informe, pero a partir de la semana que viene distribuiremos el trabajo».

A continuación se describe el plan didáctico utilizado durante la sesión (Ver Tabla 7), así como el detalle de los NOC y los respectivos indicadores aplicados durante la sesión (Ver Tabla 8).

Síntesis de la sesión:

La sesión se realizó a través de la plataforma Zoom, durante la misma participaron en total 15 personas. Se dio la bienvenida y se indagó si alguna de las personas estaba participando por primera vez, estas personas se presentaron y se les recordó firmar el consentimiento informado. Al iniciar, se hizo un breve recordatorio sobre las habilidades de autorregulación comentadas durante la primera sesión. Durante la sesión se realizó una charla magistral participativa sobre la gestión del tiempo, además se les proporcionó a

Tabla 7

Sesión 2. Plan didáctico de la estrategia educativa.

Objetivos específicos de aprendizaje	Contenidos específicos	Estrategia	Actividad de aprendizaje	Estrategia de evaluación	Recursos o materiales
Clasificar actividades cotidianas según la matriz de Covey.	Matriz de Covey.	Presentación Power Point.	Identificar tareas y clasificarlas en el cuadrante correspondiente según su urgencia e importancia.	Retroalimentación sobre la actividad realizada	Zoom y material de Power Point suministrado.
Identificar las principales dificultades en la gestión del tiempo.	Ladrones del tiempo.	Presentación Power Point.	Conversatorio participativo.	Completar un cuadro con las 5 principales dificultades identificadas y las estrategias para solucionarlas.	Dispositivo electrónico para acceder a Zoom, material de Power Point suministrado.
Establecer un objetivo para la gestión del tiempo.	Habilidad de autorregulación: establecimiento de metas.	Presentación de Power Point.	Construcción de objetivo relacionado con la gestión del tiempo.	Retroalimentación de los objetivos planteados.	Dispositivo electrónico para acceder a Zoom y polleverywhere.

Tabla 8

Diagnósticos, NOC e indicadores de la Sesión 2.

Dx	NOC	Indicador
[00177] Estrés por sobrecarga relacionado con recursos insuficientes y estresores.	[2011] Estado de comodidad: psicoespiritual	[201108] Establecer objetivos

	[1635] Gestión del tiempo personal	[163509] Planifica las actividades de la semana
		[163515] Minimiza las interrupciones
[00069] Afrontamiento ineficaz relacionado con recursos inadecuados y estrategias de liberación de la tensión ineficaces.	[2013] Equilibrio en el estilo de vida	[201310] Utiliza la gestión del tiempo en la rutina diaria [201311] Organiza el tiempo y la energía para alcanzar los objetivos personales
[00184] Disposición para mejorar la toma de decisiones.	[0906] Toma de decisiones	[90602] Identifica alternativas [90609] Escoge entre varias alternativas

los participantes material digital para llevar a cabo distintas actividades relacionadas con la temática.

Finalmente, se invitó a los participantes a establecer un objetivo sobre gestión del tiempo. En general, la sesión se llevó a cabo sin dificultades, la interacción entre las facilitadoras y participantes fue activa y éstos últimos mostraron interés en la temática propuesta. Se alcanzaron los objetivos planteados para esta sesión.

Descripción de la ejecución de la sesión:

En la fase inicial se realiza la bienvenida al grupo participante y se promovió la presentación de las personas que se incorporaron por primera vez al programa. Además, se realizó un repaso sobre las habilidades de autorregulación, sobre estas, la que más recordaron los participantes fue la de establecer metas y las características SMART de las mismas. A los y las participantes se les envió un documento de Power Point, en el cual se encontraban diferentes actividades para completar durante la sesión.

En la fase de desarrollo se realizó una descripción teórica sobre gestión del tiempo y características del mismo. Luego, se realizó la primera actividad, en la cual los y las participantes debían de completar una columna con la distribución de su tiempo “real” y compararla con una distribución “ideal” del tiempo, esto según las diferentes actividades realizadas durante el día, por ejemplo: trabajo, estudio, familia, actividades de ocio, entre otras (Ver anexo 11).

Algunas de las personas compartieron su pantalla y comentaron sus experiencias, por ejemplo, uno de ellos comentó que en la distribución de su tiempo real es “sin vida social por pandemia, la mayoría del tiempo la dedico a la tesis y a trabajar en la finca”. Con respecto a la distribución ideal del tiempo, esta misma persona, comentó que: “considero que debería de ser un balance de todo, enfocado en la tesis que es la prioridad”, haciendo referencia a: vida personal (descanso, videojuegos), familia, vida social, trabajo en la finca, estudio y entrenamiento.

Posteriormente, se dio una explicación sobre la matriz de Covey y cómo aprender a clasificar las actividades en los diferentes cuadrantes de la misma según su urgencia e importancia (Ver anexo 12), para ello, los y las participantes realizaron una lista de las actividades o tareas pendientes durante la semana y las clasificaron. Del mismo modo, algunas personas compartieron su pantalla para comentar y compartir su experiencia. Uno de los participantes expresó “yo casi siempre estoy en el cuadrante rojo, yo creo que sí tengo un mal manejo del tiempo, porque considero que la mayoría de las cosas que tengo son urgentes e importantes. Cuando uno realiza este tipo de cuadros se da cuenta de que suele estar mucho tiempo en la zona roja”.

También se comentó con los y las participantes en qué consisten los ladrones del tiempo, uno de ellos el no saber o tener miedo a decir que no, y se brindaron herramientas o técnicas para aprender a hacerlo. Luego de esto, las personas completaron una lista con sus principales ladrones del tiempo identificados y establecieron estrategias para solucionarlos. Uno de los participantes expresó “Yo tengo identificados tres. Haciendo la comparación con el antes y lo que estamos ahora viviendo, mis compañeros saben que yo el teléfono lo dejaba tirado por allá, y a veces me mandaban mensajes de WhatsApp y ahí quedaban hasta la hora

del café o del almuerzo, pero ahora sí se ha comenzado a utilizar mucho como medio de comunicación con el grupo de trabajo, entonces ahora para mí ese es uno de los ladrones de tiempo” y propone como estrategia “establecer tiempos de respuesta cada hora o cada 2 horas para contestar esas consultas”. Además de lo anterior, mencionó las actividades imprevistas y los excesivos correos diarios como otros de los principales ladrones del tiempo.

Finalmente, se indagó si los y las participantes se establecen objetivos relacionados con la gestión del tiempo, y las respuestas fueron variadas, por lo que se dispuso de un tiempo para que cada persona estableciera un objetivo relacionado con la gestión del tiempo y lo compartiera de manera anónima a través de la página Polleverywhere. Algunos de los objetivos fueron:

“Establecer 20 min diarios para revisar las actividades pendientes y necesarias por hacer en ese día, para evitar tener muchas actividades en sector rojo”

“Disminuir el tiempo usado en redes sociales para ser ocupado en otras actividades más productivas, utilizando un app de límite de tiempo”

“Cumplir con eficacia las horas laborales asignadas de las distintas unidades. Tratando de disminuir los ladrones de tiempo y mantener el enfoque en las labores planeadas”

“Ahora que conozco la matriz de Covey utilizarla para organizar mis tareas y asignar tiempos adecuadamente”

Al finalizar la sesión se alcanzan los objetivos planteados, con gran participación de los participantes. A las personas que no pudieron participar de la sesión, se les hizo llegar la grabación, así como el Power Point con las actividades.

4.3.3. Sesión 3. Técnicas para mejorar el manejo del estrés

Fecha: 29 de setiembre. Hora: 8:30am-9:30am

Diagnósticos abordados:

[00069] Afrontamiento ineficaz relacionado con recursos inadecuados y estrategias de liberación de la tensión ineficaces.

[00177] Estrés por sobrecarga relacionado con recursos insuficientes y estresores.

[00184] Disposición para mejorar la toma de decisiones.

[00187] Disposición para mejorar el poder.

[00212] Disposición para mejorar la resiliencia.

[00182] Disposición para mejorar el autocuidado.

Bases científicas de la sesión:

Técnicas de relajación

El estrés es un fenómeno fisiológico normal, es la respuesta que genera un organismo ante estímulos que percibe como amenazantes. Hay estrés positivo y negativo, también conocido como Distrés (119). Cuando una persona se encuentra en fase de estrés, el cuerpo se prepara e incrementa el ritmo cardíaco y respiratorio, aumenta la actividad en los órganos de los sentidos y demás reacciones que provocan que la persona esté más alerta (120).

La relajación es una técnica para actuar sobre el estrés acumulado, logrando reducir pensamientos negativos, dificultad en la concentración y memoria, barreras en la resolución de problemas, entre otros (119). Las técnicas de relajación pueden ayudar a la persona a evaluar un evento como menos estresantes o verlo de manera positiva, reduciendo su respuesta al estrés (121).

El entrenamiento diario de técnicas de relajación reduce la actividad simpática en el organismo, el estado de alerta o la tensión muscular. Además, al practicarlo de manera continua, se reduce la actividad cardíaca, disminuye la presión arterial, aumenta el flujo de sangre a los músculos, disminuye la frecuencia respiratoria, disminuye la tensión, reacciones emocionales negativas, mejora la concentración, entre otros (120).

Cuando una persona reprime emociones negativas o positivas, puede aumentar la ansiedad y el estrés. Las técnicas de relajación también pueden ayudar a que las personas identifiquen emociones, las expresen y manifiesten, y con ello reducir estas manifestaciones. Entonces, desde este punto de vista, dichas técnicas pueden ayudar a las personas a tener un mejor equilibrio emocional y psicológico (119).

Del mismo modo, el practicar técnicas de relajación está relacionado con la exploración de señales corporales o conciencia corporal, es decir facilita que las personas le presten atención a sensaciones que antes estaban adormecidas, por ejemplo las tensiones (119). Es importante que la persona intente reconocer sus tensiones musculares y su estado de ánimo, para después relajarse de forma más fácil. Este autoconocimiento se logra a través de la atención interna, que se puede conseguir con la práctica constante de alguna técnica de relajación (119).

Otros beneficios de practicar la relajación se evidencian a nivel motor y conductual, la persona puede ser más eficiente al enfrentarse a situaciones estresantes, pueden disminuir los tics, aumentar el rendimiento laboral. Asimismo, practicar relajación regularmente, cambia aspectos psicológicos y emocionales de las personas, como expresar mejor las emociones, mejorar la escucha interna y minimizar los problemas, acciones que finalmente repercuten de manera positiva en el bienestar de la persona. El practicar la relajación en grupo, facilita la comunicación interpersonal entre los participantes, pues van a compartir sentimientos y emociones en común (119).

Las intervenciones en el manejo del estrés ayudan a que las personas mejoren su bienestar y reduzcan sus niveles de estrés (122). Es importante tomar algunas consideraciones previas a iniciar alguna técnica de relajación, como: procurar un espacio lo más aislado posible, evitando ruidos o distracciones y uso de ropa holgada. La relajación dura alrededor de 20 minutos y se puede realizar en cualquier momento del día, preferiblemente posterior a la jornada laboral o antes de dormir (120).

La persona puede elegir una posición horizontal o sentada para llevarla a cabo. En el caso de la posición horizontal se recomienda cerrar los ojos, estirar las piernas y colocarlas ligeramente separadas, apartar los brazos ligeramente del cuerpo con las palmas de las manos

hacia arriba (120). Mientras que si la persona prefiere estar sentada se recomienda que cierre los ojos, coloque las manos encima de los muslos con las piernas en paralelo, los pies apoyados sobre el suelo y la columna vertebral en línea con la cabeza (120).

Una de estas técnicas es la relajación muscular progresiva de Jacobson (RMPJ), esta combina la respiración diafragmática con ejercicios de tensión y relajación, se puede aprender fácilmente y no requiere de un gran esfuerzo físico o mental (120). La duración y rango de músculos puede variar, pero con la práctica se puede inducir un profundo estado de relajación muscular en minutos (122).

La respiración también tiene una influencia importante en la disminución del estrés, de hecho sus efectos han sido comparables con los de la relajación muscular progresiva. Este procedimiento estimula la activación del sistema nervioso parasimpático. Los efectos beneficiosos de la respiración lenta y la relajación mental para la disminución del estrés, en ocasiones se pueden observar desde la primera sesión, sin embargo a partir de las 6 semanas estos son mucho más relevantes (123).

Por otro lado, el masaje ha mostrado reducir hormonas relacionadas con el estrés, como el cortisol, además de aumentar la dopamina y la serotonina mejorando el estado de ánimo y el sueño de las personas (121).

Es importante resaltar que el desarrollo de habilidades personales en comunicación, establecimiento de objetivos y el manejo del tiempo también son estrategias que reducen el estrés al prevenir que ocurran situaciones estresantes (122).

Sueño

El sueño es un estado que se relaciona con la vigilia a pesar de que ambos expresan distintos tipos de actividad cerebral. Al integrarse ambos forman un conjunto funcional llamado ciclo vigilia-sueño, el cual tiene un ritmo circadiano. Alrededor de un tercio de la vida del ser humano consiste en dormir (124).

Esta actividad es sumamente necesaria, ya que durante esta se llevan a cabo funciones fisiológicas indispensables para el equilibrio psíquico y físico de las personas, tales como

restaurar la homeostasis del sistema nervioso central y otros tejidos, así como restablecer almacenes de energía celular (124).

Además, dormir bien fortalece el sistema inmunológico, aumenta la función cerebral, mejora el estado de ánimo, así como la salud mental (124,125). De igual manera, mejora nuestra resiliencia psicológica y física, permite un mejor manejo del estrés, la ansiedad y la incertidumbre, por lo que resulta una actividad muy adecuada de acuerdo a la situación de crisis que se puede estar viviendo a causa de la pandemia por el Covid-19 (126,127).

Asimismo, varios estudios indican que existe una relación entre el dormir de manera suficiente y la capacidad de autorregulación y función cognitiva (128). Además, mencionan que no es solo dormir cierta cantidad de tiempo, sino que también se debe considerar la calidad del mismo, la cual hace referencia a la dificultad de quedarse dormido, permanecer dormido y el número de despertares vividos en la noche (128,129).

La arquitectura del ciclo del sueño consta de ciclos a través de diferentes fases, que se pueden dividir en las categorías de REM (movimiento ocular rápido) y sueño no REM (129). Una mala calidad del sueño interrumpe el ciclo natural en el que se pasan por las diferentes fases del sueño, las cuales tiene importantes funciones restauradoras sobre varios procesos. De igual manera, tanto la cantidad de sueño baja y la mala calidad del sueño, dan como resultado una menor activación en la corteza prefrontal del cerebro (129). En la corteza prefrontal del cerebro ocurren procesos relacionados con conductas motivadas, con la memoria, las emociones, las cuales guían procesos cognitivos como el aprendizaje y la toma de decisiones (130), siendo estos fundamentales para los procesos de autorregulación.

Las investigaciones indican que es importante dormir para dirigir y enfocar la atención en tareas y estímulos específicos, los períodos prolongados de vigilia también conducen a una disminución del estado de alerta (129). Además, una calidad y tiempo de sueño inadecuados producen análisis de riesgo distorsionados y una mayor susceptibilidad a la distracción por estímulos emocionales, pudiendo desviar a una persona de las actividades dirigidas a un objetivo, así como gran hostilidad, poca jovialidad, frustración, ansiedad, entre otros (129). El análisis y la gestión de riesgos es un importante proceso de autorregulación, como individuos tomar decisiones entre alternativas para crear un plan de acción dirigido a

un objetivo requiere utilizar la corteza prefrontal. Los cerebros humanos pueden tener cierta capacidad para adaptarse a la pérdida crónica de sueño, aunque a un nivel sacrificado de funcionamiento (129).

Para la salud pública, los problemas del sueño son una situación que va cada vez más en aumento, y como se ha mencionado anteriormente, la falta del sueño se asocia a daños en la motivación, emoción, funcionamiento cognitivo y mayor riesgo de enfermedades como la diabetes, enfermedades cardiovasculares y cáncer (131).

La cantidad de horas que el cuerpo debe dormir varía a lo largo de la vida y se relaciona principalmente a factores como la edad, sin embargo este es un tema que genera controversias. La National Sleep Foundation (NSF) (Fundación Nacional del Sueño), realizó una distribución de la media de horas para cada subgrupo de edad en la cual menciona que a los adultos jóvenes (18-25 años) y adultos de edad media (26-64 años) se les recomienda una duración de sueño diaria de 7-9 horas. Además, han encontrado una relación entre cortas duración del sueño con la presencia de fatiga diurna, afectación psicomotora, accidentes, deterioro de la salud física y psicológica y bajo rendimiento académico laboral (131).

Con el fin de promover el sueño saludable, se utiliza el término higiene del sueño el cual es el conjunto de comportamientos y recomendaciones ambientales que tienen el objetivo de conseguir que el individuo logre dormir mejor, incluye la importancia de los horarios, entornos ambientales, alimentación, deporte, entre otros (131).

Una de las principales recomendaciones que establece la Sociedad Española del Sueño(124) en conjunto con la Sleep Foundation (Fundación del Sueño) (127), es el establecimiento de una rutina que facilite la transición del estado de vigilia al sueño. Relacionado con lo anterior se enlista una serie de recomendaciones de las cuales, algunas se podrían incorporar a la rutina antes de dormir, con el fin de promover una adecuada higiene del sueño:

- Utilizar programas que cambien el espectro de emisión de luz de los dispositivos electrónicos desplazando la emisión de luz azul y verde hacia el amarillo, anticipando el momento de acostarse.

- Dormir en oscuridad, no dejando la luz o la televisión encendida. Utilizar un antifaz en el caso de que no pueda evitarse la contaminación lumínica.
- Asegurar que el ambiente para dormir sea silencioso. Elegir la habitación más aislada de la casa (si es necesario, usar tapones).
- Mantener la temperatura de la habitación entre 18-21 °C.
- Elegir un colchón de firmeza media: ni demasiado blando ni demasiado duro. Probar el colchón antes de comprarlo: tumbarse durante varios minutos, siendo necesario que si va a ser compartido por dos personas, lo prueben ambas a la vez.
- Evitar las almohadas muy altas y las de plumas.
- Mantener la habitación limpia y ordenada.
- Procurar pintar el dormitorio con tonos pastel (azul, verde, amarillo, lila) o en tonos neutros. Evitar los colores intensos y excitantes.
- Evitar colocar accesorios en la habitación que no tengan relación con el sueño, como televisores, computadora, radio...
- Utilizar la habitación únicamente para dormir y para relaciones sexuales. El área de trabajo se recomienda que esté fuera de la habitación.
- Limitar la siesta a un máximo de 20-30 min tras la comida. En el caso de estar muy privado de sueño, dormir durante unos 90 min seguidos, para despertar al final de un ciclo completo de sueño.
- Evitar la siesta si contribuye a una mayor dificultad para dormir por la noche o a un sueño más fragmentado y corto.
- Dormir la cantidad de horas de sueño suficientes según la edad.
- Acostarse unas dos horas después de cenar.
- Evitar los alimentos que producen flatulencia, acidez o reflujo.
- Evaluar la presencia de intolerancias o alergias alimentarias en personas con mal dormir.
- Evitar cenas copiosas y tardías.
- Evitar el consumo excesivo de alcohol y tabaco. Estas sustancias además de perjudicar la salud, perjudican el sueño y, en este sentido, se debe evitar su consumo varias horas antes de dormir.

- Exponerse a la luz en las primeras horas del día y evitarla en las últimas.
- Realizar ejercicio regular.
- Horarios regulares de entrenamientos, evitándolos al menos tres horas antes de dormir.
- Evitar la sobre-estimulación física y mental al menos una hora antes de dormir, sustituyéndola por actividades relajadas: técnicas de relajación, lectura monótona...
- Una ducha de agua caliente antes de dormir puede facilitar el inicio del sueño.
- Evitar el uso de dispositivos electrónicos al menos una hora antes de dormir. La luz de estos dispositivos también puede suprimir su producción natural de melatonina.
- Utilizar la luz ámbar, también conocido como “modo nocturno” o “luz nocturna”, en los dispositivos electrónicos como celular y computadora con el fin de mejorar la calidad del sueño evitando la supresión de melatonina (132).
- Permanecer en la cama el tiempo suficiente, adaptándolo a las necesidades reales de sueño. Reducir el tiempo de permanencia en la cama mejora el sueño y al contrario, permanecer durante mucho tiempo puede producir un sueño fragmentado y ligero.
- Introduzca aromas agradables: un aroma ligero que le parezca relajante puede ayudarlo a conciliar el sueño. Aceites esenciales con aromas naturales, como lavanda, puede proporcionar un olor relajante y fresco a su dormitorio.
- Establecer una hora fija para despertarse.
- Bajar las luces, evitar la luz brillante puede ayudarlo a pasar a la hora de acostarse y contribuir a la producción de melatonina, una hormona que promueve el sueño en el cuerpo.
- Si ha pasado alrededor de 20 minutos en la cama sin poder conciliar el sueño, levántese y haga algo relajante con poca luz. Evite consultar la hora durante este tiempo (131).

Estas recomendaciones no funcionan igual para todos los individuos, por lo que es necesario seleccionar las que mejor convengan según cada persona y experimentar con diferentes métodos.

A continuación se describe el plan didáctico utilizado durante la sesión (Ver Tabla 9), así como el detalle de los NOC y los respectivos indicadores aplicados durante la sesión (Ver Tabla 10).

Síntesis de la sesión

En esta sesión participaron 15 personas. Se inició la presentación retomando el tema de gestión del tiempo, y preguntándoles a las personas cómo fue su progreso con el objetivo establecido durante las dos semanas anteriores. Luego, se realizó una charla magistral participativa sobre estrategias para promover la relajación y el sueño, en la misma, se hizo una demostración de técnicas de respiración, relajación muscular progresiva y automasajes. A los participantes se les envió a su correo una guía de automasajes, para que pudieran practicar este ejercicio en sus casas, además, se les enviaron recomendaciones para mejorar el sueño con el objetivo de que eligieran algunas para establecer su rutina del sueño. Finalmente, las personas establecieron un objetivo relacionado con las temáticas tratadas durante la sesión. Se alcanzaron los objetivos propuestos.

Descripción de la ejecución de la sesión:

Inicialmente las personas comentaron las vivencias y el progreso que tuvieron al trabajar en su objetivo de gestión del tiempo establecido en la sesión anterior. Uno de los participantes menciona que luego de la sesión he tenido una mejor gestión del tiempo, comenta que descargó una aplicación en su celular para limitar el uso de redes sociales. Otra persona explica que llevó a cabo la planificación de sus actividades en un cuaderno, y que le ayudó a mejorar su gestión del tiempo.

Luego de esto, se inicia explicándoles a los participantes qué es el estrés y cuáles son los beneficios de la relajación. La primera técnica que se explica es la de respiración, en este punto se llevaron a cabo 3 ciclos de inspiración y espiración. Se recomienda descargar alguna aplicación que les ayude a practicar esta técnica.

Posteriormente, se explicó la técnica de relajación muscular progresiva (Ver anexo 13) y se hizo una breve demostración y práctica. A los participantes se les envió una Guía de automasajes (Ver anexo 14) a sus correos con la explicación de los diferentes movimientos. En general, las personas mostraron gran interés en las diferentes técnicas propuestas.

Tabla 9

Sesión 3. Plan didáctico de la estrategia educativa.

Objetivos específicos de aprendizaje	Contenidos específicos	Estrategia	Actividad de aprendizaje	Estrategia de evaluación	Recursos o materiales
Demostrar técnicas de relajación para el manejo del estrés.	Automasaje, relajación muscular progresiva y ejercicios de respiración.	Realizar demostraciones sobre cada una de las técnicas.	Practicar las técnicas de automasaje durante la sesión.	Retroalimentación sobre la actividad realizada.	Dispositivo electrónico para acceder a Zoom, Guía de automasaje, aplicación Breath.
Enseñar estrategias para mejorar el sueño.	Beneficios de dormir bien, así como recomendaciones para establecer una rutina para antes de dormir.	Presentación de Power Point.	Establecer una rutina para antes de dormir.	Conversatorio o participativo.	Dispositivo electrónico para acceder a Zoom, plantilla de Power Point, aplicaciones para monitorizar el sueño.
Establecer un objetivo para mejorar el manejo del estrés.	Habilidad de autorregulación: establecimiento de metas.	Presentación de Power Point.	Construcción de objetivo relacionado con la gestión del tiempo.	Retroalimentación de los objetivos planteados.	Dispositivo electrónico para acceder a Zoom y polleverywhere.

La segunda parte de la sesión consistió en recomendaciones para mejorar el sueño. Al inicio se hizo una pregunta abierta, para conocer si las personas podrían dormir mejor. Ante esta interrogante, muchos de ellos dijeron que efectivamente su sueño podría ser mucho mejor, mencionan que a veces amanecen cansados o con tensiones. Posteriormente se hizo una explicación sobre la importancia y beneficios del sueño. Se les envió a los participantes un documento con diferentes recomendaciones para dormir mejor, y se les proporcionó una

Tabla 10

Diagnósticos, NOC e indicadores de la Sesión 3.

Dx	NOC	Indicador
[00177] Estrés por sobrecarga relacionado con recursos insuficientes y estresores.	[2011] Estado de comodidad: psicoespiritual	[201108] Establecer objetivos
	[1635] Gestión del tiempo personal	[163509] Planifica las actividades de la semana
		[163515] Minimiza las interrupciones
[00069] Afrontamiento ineficaz relacionado con recursos inadecuados y estrategias de liberación de la tensión ineficaces.	[2013] Equilibrio en el estilo de vida	[201310] Utiliza la gestión del tiempo en la rutina diaria
		[201311] Organiza el tiempo y la energía para alcanzar los objetivos personales
[00184] Disposición para mejorar la toma de decisiones.	[0906] Toma de decisiones	[90602] Identifica alternativas
		[90609] Escoge entre varias alternativas

plantilla, para que cada uno estableciera una rutina de sueño para poner en práctica (Ver anexo 9). También se les dio recomendaciones a los participantes sobre aplicaciones que podrían utilizar para registrar su patrón de sueño. Finalmente, se invitó a las personas a establecerse un objetivo relacionado con alguna de las temáticas de la sesión. Algunos de los objetivos propuestos fueron:

“Utilizar la técnica de masaje corporal una vez al día antes de dormir”

“Lograr dormir al menos 6 horas por noche, establecer una hora antes de dormir sin electrónicos, y ajustar mejor el ambiente (disminuir iluminación, ruido)”

“Practicar técnicas de relajación (masaje/ respiración) dos veces al día”

“Practicar la técnica de respiración 10 min antes de dormir”

“Establecer una hora fija para ir a la cama y para levantarme durante la próxima semana”

4.3.4. Sesión 4. Mejorando mi alimentación

Fecha: 13 de octubre. Hora: 2:00pm-3:00pm

Diagnósticos:

[00163] Disposición para mejorar la nutrición.

[00184] Disposición para mejorar la toma de decisiones.

[00187] Disposición para mejorar el poder.

[00212] Disposición para mejorar la resiliencia.

[00182] Disposición para mejorar el autocuidado.

Bases científicas de la sesión:

Alimentación y autorregulación

En general, para consumir más alimentos saludables que los no saludables, se requiere del autocontrol y uso de métodos de autorregulación, como el establecimiento de objetivos, seguimiento del progreso, reestructuración del diálogo interno improductivo, control del estímulo ambiental, entre otros (133). Además, que los participantes establezcan sus propios objetivos de salud, genera menos probabilidades de que abandonen el mismo, en comparación con aquellos objetivos de salud prescritos. Asimismo, es importante que se les dé la oportunidad de que cada participante pueda elegir entre diferentes comportamientos objetivo y así puedan, ellos mismos, elegir qué desean cambiar (35).

Consumo de agua

La adecuada hidratación es uno de los aspectos más importantes que incluye la alimentación saludable. El agua es fundamental para la vida, representa aproximadamente un 60% del peso corporal total en el adulto, formando parte de la sangre y de otros líquidos del cuerpo (134).

Algunas de sus funciones incluye su contribución a una buena digestión y favorecimiento de la absorción de nutrientes, limpiar el organismo, eliminar toxinas y otros productos de desecho, transporte de sustratos a través de la membrana celular, regular la temperatura corporal y la realización de muchas funciones celulares (134–136).

El organismo pierde agua por medio de cuatro vías, principalmente, sudor, respiración, orina y heces (134). Se pierde alrededor de dos a cuatro litros de agua diariamente, y esta debe ser restituida. Debido a lo anterior mencionado, se recomienda tomar entre seis y ocho vasos de líquido al día (aproximadamente dos litros), de los cuales, al menos, cuatro sean de agua pura (134).

Por otra parte, la falta de agua corporal o deshidratación produce efectos negativos en el cuerpo humano, tales como, afectación de los procesos cognitivos, estados de ánimo variables, disminución de la regulación térmica, función cardiovascular reducida y afectaciones en la capacidad para el trabajo físico (137).

Con respecto a las sugerencias de consumo, se recomienda primeramente que la persona esté segura de que el agua que vaya a tomar sea potable, además, que distribuya los vasos de líquido o agua durante el día, que consuma caldos o sopas de vegetales, pollo o carne, que prepare frescos naturales de frutas o batidos de vegetales (sin agregar azúcar preferiblemente), que realice aguas aromatizadas con limón o hierbas naturales como menta y hierbabuena y que consuma té frío o caliente (sin azúcar). Así como que evite jugos azucarados, bebidas gaseosas, el consumo de bebidas alcohólicas y el café limitarlo a 2 tazas diarias (134,138,139).

Consumo de frutas y verduras

Para un adecuado funcionamiento del cuerpo humano, este requiere que se consuma una variedad de alimentos en cantidades necesarias (134). El consumo de frutas y verduras

es esencial para tener una dieta nutritiva, saludable y diversificada, sin embargo, el consumo de las mismas sigue siendo bajo en muchas regiones del mundo (140).

Un bajo consumo de frutas y verduras está asociado a una mala salud y a un mayor riesgo de enfermedades no transmisibles, como cardiopatías (hipertensión, enfermedad coronaria, etc.), accidentes cerebrovasculares y determinados tipos de cáncer (35,140). Además, estos alimentos contienen nutrientes fundamentales como vitaminas y minerales, tienen fibra, antioxidantes y demás sustancias que aumentan las defensas, previenen la obesidad, favorecen un envejecimiento saludable y previenen la aparición de cataratas en los ojos (134).

Algunos ejemplos son la remolacha, mora, berenjena, brócoli, espinacas, limón, coliflor, cebolla, banano, zanahoria, piña, papaya, tomate, chile dulce rojo, sandía, entre muchos otros. La Organización Mundial de la Salud y otros estudios, indican que la recomendación diaria de frutas y vegetales es al menos 5 porciones o 400g (134,140).

Por su parte, algunos ejemplos, de acuerdo con la Guía alimentaria para Costa Rica, una porción corresponde a:

- Fruta entera: 1 unidad mediana
- Frutas en trozos: 1 taza
- Jugo de frutas: medio vaso
- Vegetales crudos: 1 taza
- Vegetales cocidos: media taza Guías alimentarias para Costa Rica

Algunos ejemplos de una porción de acuerdo a cada fruta y verdura, según American Heart Association(141), son:

Frutas

- Aguacate: la mitad de una pieza mediana
- Fresa: 4 grandes
- Kiwi: 1 mediano
- Mango: la mitad de una pieza mediana
- Melón: rebanadas de melón, melón verde o sandía de media pulgada de grosor
- Piña: ¼ de una mediana

- Plátano: 1 pequeño (como de 6 pulgadas de largo)
- Toronja: la mitad de una pieza mediana (4 pulgadas de ancho)
- Zarzamora, mora azul: 8-10 medianas o grandes

Verduras

- Brócoli o coliflor: 5-8 ramitos
- Calabaza amarilla-ayote: la mitad de una pieza pequeña
- Camote: la mitad de una pieza grande (2¼ pulgadas de ancho)
- Maíz: 1 mazorca pequeña (6 pulgadas de largo) o la mitad de una mazorca grande (8-9 pulgadas de largo)
- Verdura de hoja: 1 taza cruda o ½ cocida (lechuga, kale, espinaca)
- Papa: la mitad de una pieza mediana (2½ a 3 pulgadas de ancho)
- Zanahoria: 6 baby o 1 entera mediana (6-7 pulgadas de largo) (141).

Por otra parte, para aumentar su consumo, se sugiere:

- Preparar ensaladas donde se mezclen vegetales y/o frutas frescas de diferentes colores.
- Prepare batidos de frutas y/o vegetales con poca o sin azúcar.
- Mantenga en refrigeración, frutas y vegetales frescos de temporada cortados, si las desea consumir en otro momento.
- Compre frutas y vegetales de temporada, con el fin de que sean más baratos y tengan un mejor sabor.
- Incluir verduras en todas las comidas.
- Incluir frutas y verduras en las meriendas (134,140).

Lectura de etiquetas de información nutricional

La información nutricional de un alimento hace referencia a las características nutricionales que constituyen un producto alimenticio, su valor energético y la cantidad que éste tiene de determinados nutrientes como: grasas, carbohidratos, proteínas, sal, entre otros (142).

Entender cómo se componen los alimentos y bebidas es crítico para que las personas puedan elegir opciones más saludables, por ello aprender a leer las etiquetas nutricionales es una valiosa herramienta que puede ayudar a las personas a tomar decisiones conscientes sobre su alimentación con el objetivo de mejorar su calidad de vida (143,144).

De acuerdo con Martínez Ramos (143), para realizar una adecuada lectura de etiquetas nutricionales se deben de tomar en cuenta los aspectos enumerados en la siguiente figura (Ver Figura 3):

1. Tamaño de la porción: la información nutricional en la etiqueta está basada en una porción del alimento. Es decir, si una persona se come dos porciones del mismo, se comerá el doble de calorías y obtendrá el doble de la cantidad de nutrientes. Con frecuencia los paquetes o envases tienen múltiples porciones.
2. Cantidad de calorías: hace referencia a la cantidad de energía total que aporta una porción del alimento. Se recomienda que la ingesta calórica de un alimento procesado sea menor a 300kcal.
3. Porcentaje del valor diario (VD): es el porcentaje de cada nutriente en una porción, y está basado en una dieta de 2000 kcal/día para un adulto (145). Este porcentaje ayuda a determinar si un alimento es alto o bajo en nutrientes, es decir, si tiene 5% VD o menos, es bajo en ese nutriente, lo cual puede ser conveniente para grasas saturadas, grasas trans y sodio (145). De 6-20% VD se considera moderado y si es mayor a un 20% VD el alimento es alto en ese nutriente, esto es bueno para la fibra o vitaminas, por ejemplo (144). Este porcentaje puede ser utilizado por las personas para comparar alimentos y decidir cuál es la mejor opción.

Es importante hacer énfasis en que todos los nutrientes son necesarios para vivir y que el organismo funcione adecuadamente, sin embargo algunos deben de consumirse en cantidades moderadas porque pueden aumentar el riesgo de desarrollar algunas enfermedades metabólicas (143).

Figura 3

Etiqueta Nutricional (146).

The image shows a nutritional label with five callouts: 1 points to the serving size and servings per container; 2 points to the calories; 3 points to the total fat; 4 points to the saturated fat; and 5 points to the protein.

Información nutricional	
Tamaño de la porción 1/4 de taza (113 g)	
Porciones por envase 8	
Cantidad por porción	
Calorías 100	Calorías de las grasas 20
% de valor diario *	
Grasa total 2g	3%
Grasas saturadas 1.5g	7%
Grasas trans 0g	
Colesterol 10mg	3%
Sodio 460mg	19%
Total de carbohidratos 4g	1%
Fibra 0g	0%
Azúcares 4g	
Proteína 16g	
Vitamina A 0%	Vitamina C 0%
Calcio 8%	Hierro 0%

*Los porcentajes de valores diarios se basan en una dieta de 2,000 calorías

Cabe mencionar que hay diferentes tipos de grasas, las insaturadas, saturadas y trans. Las primeras, son saludables si se consumen con moderación, estas se encuentran en aceites a base de plantas (girasol, maíz, soya), aceite de canola y oliva, nueces y margarinas líquidas o en envases rociadores(146). Mientras que las grasas saturadas y trans, pueden elevar los niveles de colesterol LDL en sangre y contribuir a padecer de enfermedades cardiacas, fuentes comunes de grasas saturadas son: carnes, aves, mantequilla, helado, queso, aceite de coco...(146) Por su parte, las grasas trans se encuentran en productos como: repostería, comida rápida, snacks y demás. Muchas de estas se producen por las altas temperaturas que alcanza el aceite al freír un alimento (146).

La recomendación de ingesta calórica de grasa total debe de ser menor a 3g, el colesterol debe ser menor a 20 mg y los productos procesados tener menos de 1% de grasa trans por porción(145). Al respecto, la Asociación Americana del Corazón (AHA) recomienda no más de 13 gramos de grasa saturada diario y la menor grasa trans posible (145).

Otro de los nutrientes que se debe de limitar, es el sodio, ya que éste ha sido relacionado con la presión arterial alta(146). De hecho, comer menores cantidades de sodio

puede ayudar a las personas a bajar la presión arterial, al mismo tiempo que, reducir el riesgo de padecer enfermedades cardíacas (146).

La recomendación de su ingesta debe de ser menor a 140 mg por porción, y la ingesta máxima por día es de 2200 mg, esto sin considerar la existencia de alguna patología que restrinja su consumo(142). La OMS recomienda que los adultos no superen los 6 g de sal al día. Es muy importante tomar en cuenta que tres cuartas partes de la sal que se consume comúnmente proviene de alimentos envasados (142).

Con respecto al azúcar, se debe de hacer énfasis en que un consumo incontrolado de alimentos azucarados supone muchas calorías y pocos nutrientes, lo que favorece la obesidad, diabetes, hipertrigliceridemia o caries dental (142). Un producto de alto contenido de azúcar es aquel con más de 5g por porción (143). Como recomendación general, se propone no consumir más de 6 cucharaditas de azúcar diario (134).

Desde este punto de vista, es importante resaltar que un producto que contenga la leyenda “sin azúcar” o “light” no significa que sea de libre consumo, de hecho, el término “light” hace referencia a que se redujo en 30% las calorías de grasas, azúcares totales o sodio en comparación con el producto original. Además, hay otros términos que equivalen al aporte de azúcar como: jarabe de maíz de alta fructuosa, malto dextrina, maltosa, dextrosa, néctar de agave, sacarosa, entre otros (143).

Por otro lado, es bueno asegurarse de consumir suficiente fibra, proteína, calcio, hierro, vitaminas y otros nutrientes (145). La fibra mejora el tránsito intestinal, la recomendación diaria de la misma es de 25-30g al día (143).

Esta información son recomendaciones generales basadas en una dieta de 2,000 calorías al día, puede que una persona deba de comer más o menos de esta cantidad dependiendo de la edad, género, nivel de actividad y sus objetivos, si trata de perder, ganar o mantener peso (145).

Meriendas Saludables

Las meriendas son los tiempos de comida que se realizan entre el desayuno y el almuerzo o entre el almuerzo y la cena. Su objetivo principal es que la persona no pase lapsos tan prolongados sin alimentarse y así llegue con menos hambre a los tiempos de comida

principales, además de distribuir durante el día el consumo de nutrientes para el adecuado funcionamiento del cuerpo (147).

Este es uno de los tiempos de comida del día más descuidados, y hay una tendencia inversamente proporcional al hábito de merienda en relación con el aumento de la edad, además este es un tiempo de comida donde pueden ingerirse mayor cantidad de alimentos poco saludables (147). A pesar de ello, se debe de promover el consumo de meriendas balanceadas en personas de todas las edades ya que son muy importantes porque son una oportunidad de suministrar frutas, lácteos y cereales y su consumo puede contribuir a prevenir enfermedades la obesidad y el sedentarismo (147).

Es importante resaltar que las meriendas deben de aportar cada una entre un 15-20% de las calorías diarias, desde este punto de vista, no solo es importante la cantidad de energía que se ingiere, sino también la distribución que se hace de la misma en las diferentes comidas del día, ya que dicha distribución está estrechamente relacionada con el logro de un buen estado nutricional y con un rendimiento físico y mental adecuado (148).

En estos tiempos de comida, se debe de limitar el consumo de alimentos altos en azúcares simples y grasas saturadas como: jugos de fruta industriales, refrescos, pan, confites y snacks, esto porque la mayoría tienen un escaso valor nutritivo, es decir, un bajo contenido de fibra, proteínas, vitaminas y minerales(147). A la vez que tienen un elevado aporte de energía y escasa capacidad de producir saciedad en la persona (147).

En lugar de ello, se debe de preferir el consumo de carbohidratos complejos, como los cereales integrales que aportan mayor cantidad de fibra a la dieta; las frutas y vegetales, ya que aportan vitaminas, minerales, antioxidantes y fibra, en este punto es importante hacer énfasis en que los jugos de fruta industriales o las mermeladas no se consideran alternativa de la fruta fresca(134). Y otros alimentos como huevo, lácteos (leche, yogurt o quesos) que van a aportar calcio, proteínas, vitaminas y minerales a la dieta. Además de promover el consumo de agua (134).

Por el contrario, se debe de reducir el consumo excesivo de azúcar, sal y grasas saturadas, ya que podrían ocasionar problemas de salud como obesidad y enfermedades cardiovasculares (134).

A continuación se describe el plan didáctico utilizado durante la sesión (Ver Tabla 11), así como el detalle de los NOC y los respectivos indicadores aplicados durante la sesión (Ver Tabla 12).

Descripción de la ejecución de la sesión:

Inicialmente, los participantes comentaron la experiencia que tuvieron al poner en práctica el objetivo propuesto en la sesión anterior, algunos de ellos mencionaron que realizaron ejercicios de respiración, automasajes y que han observado los beneficios de los mismos. También comentaron que trataron de alejarse de la luz del celular y la computadora antes de dormir.

Seguidamente, se procedió a explicar la importancia del consumo de agua, frutas y vegetales, así como sus beneficios y formas para aumentar su consumo. En el medio de la sesión se realizó una pausa activa, en la cual se puso en práctica algunas de las técnicas de relajación expuestas en la sesión anterior: ejercicios de respiración y relajación muscular progresiva. Posteriormente, se explicó a los participantes cómo realizar una lectura de etiquetas nutricionales básicas; los temas abordados fueron: tamaño de porción, porciones por envase, calorías y porcentaje de valor diario. Así mismo, se dieron recomendaciones generales sobre el consumo de grasas, sodio y azúcar añadido. Se aclaró con los participantes el concepto de los productos “light”.

Otra de las temáticas desarrolladas fue la de meriendas saludables, en este punto, se les preguntó a las personas si ellos normalmente consumen meriendas, y la respuesta de la mayoría fue afirmativa. Mencionan que normalmente meriendan galletas, frutas, donas y demás. Luego se les explicó a los participantes cómo podría estar compuesta una merienda: fruta, lácteo y carbohidrato, de preferencia complejo. Finalmente, se compartió con las personas ejemplos de meriendas saludables y se aclararon dudas. Al respecto, es importante mencionar que al terminar la sesión, a los participantes se les envió a sus correos un documento con ejemplos de opciones de meriendas saludables (Ver anexo 15), estas meriendas fueron previamente aprobadas por la licenciada Leslie Vega, profesional en nutrición.

Tabla 11

Sesión 4. Plan didáctico de la estrategia educativa.

Objetivos específicos de aprendizaje	Contenidos específicos	Estrategia	Actividad de aprendizaje	Estrategia de evaluación	Recursos o materiales
Explicar la importancia del consumo de agua.	Beneficios del consumo de agua y recomendaciones para aumentar su consumo.	Presentación de Power Point.	Intercambio de ideas entre los participantes y facilitadoras con respecto al consumo de agua diaria.	Conversatorio o participativo.	Dispositivo electrónico para acceder a Zoom, plantilla de Power Point.
Señalar la importancia del consumo de frutas y verduras.	Beneficios del consumo de frutas y verduras.	Presentación de Power Point.	Lluvia de ideas para conocer el consumo diario de frutas y verduras de cada participante.	Conversatorio o participativo.	Dispositivo electrónico para acceder a Zoom, plantilla de Power Point.
Enseñar la lectura básica de etiquetas nutricionales.	Tamaño de porción, cantidad de calorías, porcentaje del valor diario.	Presentación de Power Point.	Realizar un ejercicio durante la sesión sobre la lectura de una etiqueta nutricional.	Conversatorio o participativo.	Dispositivo electrónico para acceder a Zoom, plantilla de Power Point.
Promover el consumo de meriendas saludables.	Importancia del tiempo de las meriendas, composición y ejemplo de meriendas.	Presentación de Power Point y entregar lista de ejemplos de meriendas.	Preguntar ejemplos de meriendas actuales y compararla con propuestas de meriendas saludables.	Conversatorio o participativo.	Dispositivo electrónico para acceder a Zoom, plantilla de Power Point.
Establecer un objetivo para	Habilidad de autorregulación:	Presentación de Power Point.	Construcción de objetivo relacionado	Retroalimentación de los	Dispositivo electrónico para acceder a Zoom

mejorar la nutrición.	establecimiento de metas.	con mejorar la nutrición.	objetivos planteados.	y polleverywhere.
------------------------------	---------------------------	---------------------------	-----------------------	-------------------

Tabla 12

Diagnósticos, NOC e indicadores de la Sesión 4.

Dx	NOC	Indicador
[00184] Disposición para mejorar la toma de decisiones.	[0906] Toma de decisiones	[90602] Identifica alternativas [90609] Escoge entre varias alternativas
[00163] Disposición para mejorar la nutrición.	[1621] Conducta de adhesión: dieta saludable	[162101] Establece objetivos dietéticos alcanzables [162107] Selecciona alimentos basándose en la información nutricional de las etiquetas [162111] Come las raciones de fruta recomendadas cada día [162116] Mantiene la hidratación

Al finalizar, los participantes establecieron un objetivo relacionado con nutrición, estos fueron algunos:

“Consumir al menos 1 litro de agua al día”

“Comer 3 frutas al día acompañadas de un vaso con agua por 2 semanas”

“Comprar más frutas para hacer al menos una merienda de fruta al día”

“Incluir vegetales al menos en una merienda a la semana y tomar un vaso de agua al levantarme y otro al dormir”

4.3.5. Sesión 5. Autocuidado

Fecha: 27 de octubre. Hora: 9:00am-10:00am

Diagnósticos:

[00182] Disposición para mejorar el autocuidado.

[00184] Disposición para mejorar la toma de decisiones.

Bases científicas de la sesión:

Actividad física

Al menos 60% de las personas a nivel mundial no realizan suficiente actividad física como para obtener los beneficios para la salud(149). La actividad física es considerada uno de los componentes más importantes de un estilo de vida saludable, debido a sus beneficios tanto físicos como mentales. Estudios afirman que realizando 30 minutos de actividad física de moderada intensidad se puede generar beneficios para la salud(149). Actividades de la vida cotidiana como subir escaleras o caminar rápidamente pueden reducir el estrés, aliviar la depresión y ansiedad y estimular el autoestima (149).

La OMS recomienda realizar mínimo 150 minutos semanales de actividad física de intensidad moderada o 75 minutos semanales de alta intensidad(150). Para obtener mayores beneficios en la salud, la misma organización recomienda incrementar el tiempo de ejercicio a 300 minutos a la semana de actividad física moderada y 2 sesiones a la semana de entrenamiento muscular (150).

El ejercicio físico regular tiene beneficios para el cuerpo y la mente entre estos:

- Disminuir el riesgo de mortalidad por enfermedades cardiovasculares.
- Prevenir y retrasar el desarrollo de hipertensión arterial y reduce la presión arterial en personas hipertensas.
- Mejora el perfil de lípidos en sangre.
- Mejora la regulación de la glicemia y reduce el riesgo de padecer diabetes tipo II.
- Mejora la digestión y el ritmo intestinal.
- Disminuye el riesgo de tener algunos tipos de cáncer, como el de colon.
- Ayuda a controlar el peso.
- Ayuda a mantener y mejorar la fuerza y resistencia muscular.

- Ayuda a mantener la estructura y función de las articulaciones.
- Fortalece los huesos y músculos.
- Ayuda a conciliar y mejorar la calidad del sueño.
- Mejora los síntomas de la ansiedad y la depresión.
- Ayuda a controlar y mejorar la sintomatología y el pronóstico en muchas enfermedades crónicas (151).

También, se ha demostrado que la actividad física de intensidad moderada se relaciona con una mejor función del sistema inmune. Así como que esta ayuda a reducir el estrés y la ansiedad (152). La OMS también destaca que: reduce el riesgo de depresión y deterioro cognitivo, retrasa la aparición de demencia y mejora el estado de ánimo (150).

Es importante contextualizar que la pandemia de COVID-19 ha hecho que muchas personas permanezcan en la casa y pasen más tiempo en actividades sedentarias, comparado con lo habitual. Ante esto el Colegio Americano de Medicina del deporte (152) propone las siguientes actividades para que las personas se mantengan físicamente activas en este momento de pandemia:

- Poner música y caminar rápidamente por la casa, subir y bajar escaleras durante 10-15 minutos, 2-3 veces al día.
- Poner música y bailar.
- Brincar suiza.
- Seguir videos en línea para hacer ejercicios aeróbicos o de entrenamiento muscular.
- En caso de tener máquinas de cardio en la casa, utilizarlas.
- Trabajar en el jardín.
- Realizar juegos activos con la familia.
- Caminar alrededor de la casa o dar un paseo en bicicleta, evitando los lugares conglomerados.
- Descargar aplicaciones de entrenamiento muscular.

Pausas Activas

En muchas ocasiones las personas permanecen el 80% del tiempo en una misma postura en el lugar de trabajo, lo que evidentemente contribuye con el sedentarismo, por ello, las pausas activas buscan que las personas recuperen sus energías para tener un desempeño eficiente en el trabajo, realizando ejercicios que reviertan la fatiga muscular y el cansancio. Esto genera conciencia en la persona trabajadora sobre la importancia de cuidar su salud física y mental (153).

Las pausas activas son periodos de descanso en los cuales la persona realiza actividad física aplicando diferentes técnicas o tipos de ejercicios durante la jornada laboral por periodos cortos de tiempo, generalmente por menos de diez minutos (154) que le permiten romper la continuidad de una posición sostenida, ya que esto último, así como el estar constantemente realizando una misma tarea puede desencadenar dolores musculares (153).

Las pausas activas tienen como objetivo el favorecer el desempeño físico y mental de las personas en el desarrollo de sus actividades laborales, estimular su autoconocimiento y la disposición para ejercitar la mente y cuerpo (153).

La aplicación de estos ejercicios, ayuda a corregir vicios posturales, reducir tensiones y dolores musculares, que finalmente se traduce en la prevención de enfermedades derivadas de hábitos laborales. Estos ejercicios no tienen como objetivo mejorar la condición física de una persona, pero sí evitar comportamientos sedentarios (153–155).

Las pausas activas o gimnasia laboral, son importantes ya que previenen o reducen muchas de las enfermedades ocupacionales, que son una de las principales causas de ausentismo laboral(155). En este sentido, las principales zonas corporales afectadas por la fatiga laboral son: cuello, hombros, muñecas, manos, zona dorsal y lumbar.

Desde este punto de vista, algunos de los problemas de salud físico y psíquico más frecuentes en el ámbito laboral son:

- Fatiga visual: presente por la continua lectura de documentos en la computadora o por bajos niveles de iluminación.
- Molestias lumbares: relacionados con una mala postura corporal.
- Síndrome del túnel carpiano: causado por la flexión reiterada de la muñeca, está relacionado con el uso de la computadora. Su frecuencia y gravedad produce baja

productividad, menor satisfacción en el desempeño laboral y alta tasa de accidentes laborales.

- Estrés.
- Obesidad (155).

Las pausas activas pueden involucrar diferentes tipos de ejercicios, entre ellos:

- Respiratorios.
- Movilidad articular: es la rotación de las principales articulaciones: cuello, hombro, cintura, cadera, rodillas y tobillos. Este tipo de movimientos ayuda a las articulaciones a lubricarse y tener mejor movilidad.
- De coordinación: es el movimiento de dos o más partes del cuerpo al mismo tiempo.
- De flexibilidad: es la capacidad de los músculos de elongarse (154,156).

También se propone ejercitar los músculos que dan movimiento a los ojos, para generar relajación en los mismos y evitar que la tensión afecte la calidad de la visión (153,154).

Es deseable además que las pausas activas incorporen actividades que involucren la interacción entre los compañeros de trabajo, ya que esto además mejorará el clima laboral y las relaciones interpersonales en la empresa (149,154).

Las pausas activas se pueden realizar en cualquier momento de la jornada laboral, sin embargo la recomendación es realizar las siguientes:

- Pausas activas de introducción: se realizan antes de que inicie la jornada laboral, esta prepara las estructuras musculares que más adelante se utilizarán en las tareas.
- Pausas activas compensatorias: busca compensar estructuras que puedan haber sido sobrecargadas en las actividades laborales, se realizan durante la jornada laboral, y su objetivo es disminuir las tensiones, vicios en la postura y relajar los grupos musculares contraídos.
- Pausas activas del relajamiento: se realiza una vez finalizada la jornada laboral, busca propiciar el relajamiento muscular y mental de los colaboradores (154,156).

En general, los beneficios de las pausas activas se pueden clasificar en:

- Fisiológicos: aumento de la circulación sanguínea, mejora la oxigenación de músculos y tendones, previene lesiones, mejora la condición del estado de salud.
- Psicológicos: estimula la autoestima, mejora la concentración, incentiva a realizar actividad física.
- Sociales: favorece el sentido de grupo, ya que fomenta las relaciones entre compañeros.
- Económicos: disminución de gastos médicos, mejora la productividad en la empresa, así como la efectividad y eficiencia de los trabajadores.
- Laborales: reducción de accidentes laborales (153).

Otros de los beneficios de las pausas activas son: estabilizan la presión arterial, mejora el retorno venoso, la capacidad de ventilación, postura, reduce la tensión muscular acumulada en áreas como: espalda superior, cuello, hombros, brazos, manos y piernas y permiten reducir el estrés(157). A nivel laboral también hay beneficios, mejora la productividad, rompe la rutina y mejora la interacción con los compañeros de trabajo (156).

También incrementan la concentración en el trabajo, fortalecen la autoestima de los colaboradores, reducen el estrés e inspiran la creatividad (154). A la vez que mejoran el estado de ánimo de las personas, su calidad de vida, y disminuye el riesgo de las enfermedades laborales (155).

Autoconocimiento

El autoconocimiento como la palabra lo dice es conocerse a sí mismo, en todos los aspectos de la vida. Este íntimo conocimiento permite que se pueda vivir mejor con los demás y consigo mismo, así como fortalecer capacidades y transformar los errores y fallos en triunfos (158).

Conocerse es un desafío, no es una tarea fácil, requiere valentía para autoexaminarse, ver los defectos y flaquezas y hacer lo que está a nuestro alcance para atenuarlos. Además, conduce a la persona a tomar más responsabilidad y a examinar todo lo que ha vivido para así obtener una imagen realista de sí mismos (158).

El autoconocimiento consiste en primer lugar en “la observación que hace uno de sí mismo, en segundo lugar el análisis de lo observado y en tercer lugar la acción sobre uno mismo”(158). Esto no consiste en únicamente buscar lo negativo, sino de ver tanto lo positivo como lo negativo que hay en nuestro interior y en la forma en la que actuamos (158).

Algunos pasos fundamentales que nos van a ayudar a conocernos son:

- Tener conciencia de uno mismo.
- Descubrir y explorar el propio pensamiento, los sentimientos y los actos.
- Observar y estudiar las experiencias pasadas para que nos sirvan en el presente y, por tanto, en el futuro.
- Analizar las críticas.
- Una actitud positiva, que consiste en planear la jornada con anterioridad, dar cada día un paso que nos aproxime a nuestros objetivos, no dedicar todo el tiempo a los objetivos o al trabajo, darse tiempo para que la mente se despeje y respetarnos como somos con nuestras particularidades positivas y negativas permitiendo ahondar en nosotros e ir aumentando la confianza y aceptación (158).

Mediante estos pasos la persona va a poder diferenciar entre lo que creemos que es, lo que los demás creen que es y lo que es en realidad (158).

Cáncer de mama

El cáncer de mama es un tumor maligno, causado por la progresiva acumulación anormal y desordenada de células mamarias malignas que conducen al crecimiento descontrolado del tumor dentro de la mama y tiene la capacidad de invadir otros órganos(159). A pesar de ser más común en mujeres, los hombres también pueden llegar a tener este cáncer, representando menos del 1% de las personas con cáncer de mama (160). Existen múltiples factores que elevan el riesgo, tales como:

- Sexo: el ser mujer es el factor de riesgo más importante (161).
- Edad: el riesgo va aumentando con la edad (161).
- Cáncer familiar: comprende el 20% de los casos y aumenta el doble cuando es de primer grado (161).

- Raza: las mujeres de raza blanca tienen mayor riesgo, que mujeres asiáticas o africanas, esto puede estar asociado al estilo de vida.
- Factores hormonales: relacionado con las hormonas reproductivas femeninas, menarquía precoz (antes de los 12 años), nuliparidad, edad tardía en la primera gestación (después de los 35 años) y menopausia tardía (después de los 55 años) elevan el riesgo; además, en la posmenopausia se asocia a la obesidad y el tratamiento hormonal sustitutivo (159,162,163).

El cáncer de mama es el más común entre las mujeres en todo el mundo(161). La incidencia de este cáncer sigue en aumento y la mayoría de casos se diagnostican en fases avanzadas, en especial en los países en vías de desarrollo (159).

La diferencia de esta incidencia entre los países desarrollados y los países en vías de desarrollo se puede asociar a los efectos de la alimentación, mayor edad del primer embarazo, menor número de partos y el acortamiento de la lactancia(159). Además, la creciente adopción de modos de vida occidental en los países con ingresos bajos y medios ha sido un determinante en la incidencia (159).

El diagnóstico temprano sumado a los avances en los tratamientos ha generado mejores resultados en las mujeres con cáncer de mama. Algunos medios diagnósticos utilizados son la autoexploración, la mamografía que se deben realizar las mujeres a partir de los 40 años, ecografía útil en mujeres jóvenes, ultrasonidos, biopsias, entre otros (162).

Ciertos autores afirman que el 21% de las muertes por cáncer de mama pueden atribuirse a factores como el consumo de alcohol, sobrepeso, obesidad y falta de actividad física(159). Además, los antecedentes familiares de cáncer de mama, multiplican el riesgo por dos o tres (159).

Algunas de las señales que nos deben generar sospecha de cáncer de mama son:

- Masa con bordes irregulares, adherida a planos profundos palpable, tanto en mama como en axila.

- Secreción del pezón sin masa dominante, persistente y reproducible al examen espontáneo, Se debe además evaluar el color de la secreción, la frecuencia y la lateralidad.
- Senos enrojecidos, inflamados y calientes.
- Pezones invertidos.
- Engrosamiento asimétrico nodular (162).

Cáncer de testículo

El cáncer testicular es la neoplasia (masa anormal de tejido) maligna ubicada en este órgano, sin embargo a pesar de ser poco frecuente, es el más común en hombres entre los 15-35 años (164,165). La manifestación más común de este cáncer es una masa indolora en el testículo (166). Este es uno de los cánceres más curables, siendo alrededor del 90% la cantidad de usuarios con una curación satisfactoria (167).

Hay algunos factores de riesgo para el desarrollo del cáncer testicular los cuales son:

- Criptorquidia o testículo no descendido.
- Historia familiar de cáncer.
- Antecedente de cáncer testicular y neoplasia intratubular germinal (TIN) (166,167).

El autoexamen testicular corresponde en la inspección visual y palpación de los testículos. Realizar este autoexamen es de suma importancia para tomar conciencia sobre el estado de los testículos y poder detectar los cambios. Un testículo puede estar más bajo ligeramente y ser más grande que el otro (168).

Se recomienda realizar al menos una vez al mes y durante o después de ducharse con agua caliente, ya que las temperaturas calientes relajan los tejidos facilitando el examen(168). Además, el autoexamen se debe realizar de la siguiente manera:

- Examina un testículo a la vez y recuerda apartar el pene.
- Toma con tu dedo pulgar e índice de una mano la parte superior del testículo.
- Mientras que con la otra mano, utilizando tu dedo pulgar, índice y mayor palpas todo alrededor del testículo.

- Luego realiza lo mismo con el otro testículo.
- Puedes sentir un cordón blando (el epidídimo), que puede doler un poco si lo aprietas fuerte, que está ubicado en posición posterosuperior de cada testículo.
- Cuando palpas cada uno de los testículos, trata de detectar bultos o protuberancias.
- Si notas algún tipo de hinchazón, bulto o cambio con el control previo, así como cambio de coloración debes concurrir al médico para que sean evaluados (168).

A continuación se describe el plan didáctico utilizado durante la sesión (Ver Tabla 13), así como el detalle de los NOC y los respectivos indicadores aplicados durante cada sesión (Ver tabla 14).

Síntesis de la sesión:

Durante esta sesión participaron 15 personas. Inicialmente, se conversa con las personas sobre el progreso con el objetivo de nutrición establecido en la sesión anterior. Posteriormente se realiza una charla participativa sobre la importancia de la actividad física, así como de las pausas activas, beneficios y opciones para mantenerse físicamente activo. Luego, se realizó una demostración de pausas activas. Seguidamente, se hizo un conversatorio sobre el autoconocimiento donde las personas destacaron su principal fortaleza. En esta sesión, se le asignó a cada persona un compañero al que debía enviarle un mensaje positivo durante la semana. Al final, se hizo una reflexión sobre la importancia de realizar el autoexamen de mama y de testículo, y se explicó la técnica para realizar cada uno de ellos. En horas de la tarde, se les envió a los y las participantes una guía con ejemplos de pausas activas (Ver anexo 16) y brochures informativos sobre el autoexamen de mama y de testículo (Ver anexo 17 y 18). Se cumplen los objetivos establecidos para la sesión. Las personas fueron participativas durante la sesión y mostraron gran interés en la temática.

Descripción de la ejecución de la sesión:

Los y las participantes iniciaron la sesión comentando el progreso al trabajar en el objetivo propuesto en la sesión anterior sobre nutrición. Una persona comenta que ha aumentado el consumo de frutas en una porción diaria, otra que ha procurado tener desayunos

Tabla 13

Sesión 5. Plan didáctico de la estrategia educativa.

Objetivos específicos de aprendizaje	Contenidos específicos	Estrategia	Actividad de aprendizaje	Estrategia de evaluación	Recursos o materiales
Promover la realización de pausas activas en el trabajo.	Tipos de pausas activas, beneficios y ejemplos de ejercicios.	Presentación de Power Point y Guía de pausas activas del TEC y UCR.	Demostración de pausas activas en el trabajo. Ejecución, por parte de los y las participantes, de pausas activas en el trabajo.	Conversatorio participativo.	Dispositivo electrónico para acceder a Zoom, plantilla de Power Point.
Promover la realización de actividad física.	Beneficios de la actividad física, recursos en línea para realizar actividad física.	Presentación de Power Point, mostrar páginas web y recursos en línea gratuitos para realizar actividad física.	Intercambio de experiencias relacionadas con la actividad física que realiza cada participante.	Conversatorio participativo.	Dispositivo electrónico para acceder a Zoom, plantilla de Power Point.
Explicar en qué consiste el autoconocimiento.	Definición de autoconocimiento y pasos para autoconocerse.	Presentación de Power Point.	Conversatorio acerca del autoconocimiento.	Conversatorio participativo.	Dispositivo electrónico para acceder a Zoom, página web Menti.
Enseñar cómo se realiza el autoexamen de mamas.	Información del cáncer de mama, factores de riesgo, signos de alerta y pautas para la realización del autoexamen de mamas.	Presentación de Power Point.	Demostración de los pasos para la realización del autoexamen de mamas. Entrega de brochure con información	Conversatorio participativo.	Dispositivo electrónico para acceder a Zoom, plantilla de Power Point, brochure informativo.

			acerca del autoexamen de mamas.		
Explicar cómo se realiza el autoexamen de testículos.	Información del cáncer de testículo, factores de riesgo, signos de alerta y pautas para la realización del autoexamen de testículos.	Presentación de Power Point y video demostrativo del autoexamen .	Demostración de los pasos para la realización del autoexamen de testículos. Entrega de brochure con información acerca del autoexamen de testículos.	Conversatorio participativo.	Dispositivo electrónico para acceder a Zoom, plantilla de Power Point, brochure informativo.
Establecer un objetivo relacionado con la actividad física o el autoconocimiento.	Habilidad de autorregulación: establecimiento de metas.	Presentación de Power Point.	Construcción de objetivo relacionado con actividad física o el autoconocimiento.	Retroalimentación de los objetivos planteados.	Dispositivo electrónico para acceder a Zoom y polleverywhere.

Tabla 14

Diagnósticos, NOC e indicadores de la Sesión 5.

Dx	NOC	Indicador
[00182] Disposición para mejorar el autocuidado.	[200207] Capacidad de afrontamiento	[4410] Establecimiento de objetivos comunes
	[160303] Realiza autodetección	[0200] Fomento del ejercicio
	[160314] Realiza conductas de salud por iniciativa propia	[4480] Facilitar la autorresponsabilidad

[00184] Disposición para mejorar la toma de decisiones.	[0906] Toma de decisiones	[90602] Identifica alternativas
		[90609] Escoge entre varias alternativas

más saludables. Otro participante comenta que no alcanzó su objetivo relacionado con el consumo de agua, sin embargo sí aumentó el consumo de la misma.

Posteriormente, se da inicio con el primer tema de la sesión: actividad física. Se tiene un conversatorio con los y las participantes, en el que algunos comentan que practican ciclismo, yoga y entrenamientos funcionales, luego se explican los beneficios para la salud y se proponen diferentes opciones para realizar actividad física durante la pandemia. Luego, se conversa con los participantes sobre las pausas activas, algunas personas las practican, pero la mayoría no; se explica los beneficios de las mismas y después se procede a hacer una demostración de algunos ejercicios que pueden realizar en estos momentos basados en la guía elaborada por el TEC y la UCR (Ver anexo 16). Además, en este espacio se realizó una actividad de estimulación cognitiva, donde la persona debía de decir el color de las letras, en lugar de leer el nombre del color.

Luego de la pausa activa, se continuó con otra temática, el autoconocimiento. Haciendo uso de la página web [menti.com](https://www.menti.com), se invitó a las personas a que de manera anónima escribieran la principal fortaleza que considera tener, algunas de ellas fueron: resiliencia, autocrítica, paciencia, perseverante, constantes, organizados, disciplinados, adaptabilidad, optimista, entre otras. También, se le asignó a cada persona un compañero al que debía enviarle un mensaje positivo durante la semana.

Seguidamente, se realizó una sesión reflexiva con los participantes sobre la importancia de realizar el autoexamen de mama y de testículo, así como señales de alerta, factores de riesgo y la técnica para realizar cada uno de ellos, para explicar esto último, se utilizó un video informativo. Al finalizar la sesión, las personas se establecieron un objetivo, relacionado con el autocuidado, algunos de estos fueron:

“Poner alarmas en el teléfono cada 3 horas para hacer pausa activa”

“Pausas activas, diario, 2 ocasiones en la mañana y dos ocasiones en la tarde”

“Hacerme el autoexamen de mama este mes y programar el del próximo mes”

“Programar alarmas para realizar autoexámenes de testículos y mama”

4.3.6. Sesión 6. Cierre del programa

Fecha: 10 de noviembre. Hora: 10:00am-11:00am

Síntesis de la sesión:

En esta última sesión participaron 14 personas. Se inició preguntando a las personas cómo les había ido trabajando en las metas propuestas y también se dio un espacio para conocer si recibieron el mensaje positivo de alguno de sus compañeros y cómo se sintieron. Por otro lado, en el desarrollo de la sesión se evaluaron algunos indicadores y además fue un espacio para que los y las participantes dieran su opinión sobre el programa de Autogestión en general, así como retroalimentación sobre el mismo. Finalmente, se motivó a las personas a continuar trabajando en sus metas y se hizo énfasis en la importancia de las habilidades de autorregulación para la consecución de estas.

Descripción de la ejecución de la sesión:

La mayoría de las personas indicó que sí habían recibido el mensaje positivo de parte de alguno de sus compañeros, manifestaron que se sintieron bien, motivados y satisfechos con su desempeño. Luego se inició un conversatorio con el propósito de evaluar algunos de los indicadores.

Los y las participantes mencionan que desde que empezó el programa han tenido más conductas de salud por iniciativa propia, consideran que la automonitorización es una herramienta que les ayuda a tener mayor disciplina. Además, han cumplido algunas de las metas propuestas y aún se encuentran trabajando en otras, también han aprendido a planear sus actividades diarias.

Califican el estrés en un promedio de 7.8 en la escala de 1-10, en general consideran que el trabajo a final de año es bastante cansado, lo que eleva sus niveles de estrés, sin embargo explican que son conscientes de que a veces no se pueden cumplir las metas diarias aunque se dé el mayor esfuerzo posible y hay que aceptarlo. Algunos manifiestan que en este tiempo sus tensiones musculares han aumentado. Expresan que es normal experimentar estrés, hay picos de estrés, lo importante es reconocerlo e identificar los mecanismos para bajar los niveles.

Muchas de las personas manifiestan que durante el programa han aprendido estrategias para mejorar su salud. Aprendieron a fijar los objetivos y a automonitorizarlos y eso les ha ayudado a alcanzar sus metas. Consideran que el programa les ha ayudado a conocerse mejor y ser más conscientes sobre sus acciones, así como identificar cambios que deben de hacer para mejorar sus estilos de vida. Algunas personas han utilizado aplicaciones que los animen a alcanzar sus metas. Se recalcó que a pesar de que fue un programa voluntario, la participación se mantuvo constante.

Califican el programa como muy positivo, han aprendido a planificar las actividades diarias, tanto laborales como personales y consideran que han creado hábitos. Aprendieron a tomar decisiones que les ayuden a disminuir las interrupciones, por ejemplo: dejar de utilizar el teléfono al comer, poner límites al tiempo de uso de redes sociales, dejar de recibir correos en el celular. Refieren que el consumo de agua ha aumentado.

Los y las participantes consideran que el tener diferentes enfoques durante el programa fue un aspecto positivo. Reconocen que el autoconocimiento y autoconciencia fueron claves para generar cambios, aprendieron a autoevaluarse y manifestaron que la dinámica de las sesiones fue fluida y participativa.

También, valoran la participación grupal, ya que esta les generó una presión positiva que los impulsó a alcanzar sus objetivos y mejoró las relaciones interpersonales entre ellos, de acuerdo a lo que expresaron. Se sintieron cómodos, con oportunidad de expresarse, reírse y demás. Aprendieron de una manera más entretenida y consideran que fue un espacio seguro y que la metodología fue muy buena. Expresan que los temas fueron interesantes, sin embargo, les gustaría aprender sobre el manejo de transiciones.

Asimismo, mencionaron que las sesiones de 1 hora son ideales, porque menos de 1 hora limitaría el espacio de participación de las personas, refieren que tener un tiempo para participar hace que el espacio sea más agradable. Finalmente, se motivó a los y participantes para que continúen trabajando en sus objetivos individuales y colectivos con el objetivo de mejorar sus estilos de vida.

4.4. Fase de Evaluación de la Práctica Dirigida

4.4.1. Evaluación del Proceso de Enfermería

Luego de finalizar con las sesiones del desarrollo del programa, se procedió a evaluar cada uno de los indicadores propuestos, con el objetivo de identificar cambios o estabilidad en los mismos posterior a la intervención llevada a cabo. En la siguiente tabla (Ver Tabla 15) se encuentran los indicadores evaluados, así como la puntuación inicial y final correspondiente; en anexos se muestra el detalle de cómo se evaluó cada indicador (Ver anexo 19). Además, se muestra una tabla comparativa de los resultados de las escalas de la valoración inicial y final del Cuestionario de Estilo de Vida Promotor de la Salud II e Índice de Autorregulación (Ver Tabla 16).

Con base en el análisis realizado y tomando en cuenta los resultados objetivos de los instrumentos utilizados, así como la opinión de los participantes se procedió a evaluar la puntuación final para cada uno de los indicadores.

A pesar de que se dedicó una sesión para realizar intervenciones relacionadas con el estrés, los indicadores relacionados con el mismo tema, específicamente [130204] Refiere disminución de estrés, [130210] Adopta conductas para reducir el estrés y [130216] Refiere disminución de los síntomas físicos de estrés, mantuvieron la puntuación constante, de "raramente demostrado". Esto se justifica, ya que la subescala Manejo del estrés, del cuestionario de Estilo de vida, mantuvo una media de 2, tanto antes como después de la evaluación. Además, es importante considerar el momento en el que se llevó a cabo la evaluación, ya que muchos de los participantes comentaron que es común que en esas épocas tengan "picos" de estrés, debido a que el trabajo y las responsabilidades incrementan en los últimos días del año.

Tabla 15

Puntuación inicial y final de los indicadores.

Diagnóstico	NOC	Indicadores	Puntuación inicial	Puntuación final	
[00177] Estrés por sobrecarga relacionado con recursos insuficientes y estresores.	[1302] Afrontamiento de problemas	[130204] Refiere disminución de estrés	2	2	
		[130210] Adopta conductas para reducir el estrés	3	3	
		[130216] Refiere disminución de los síntomas físicos de estrés	3	3	
	[0906] Toma de decisiones	[90602] Identifica alternativas	4	4	
		[90609] Escoge entre varias alternativas	4	4	
	[2011] Estado de comodidad: psicoespiritual	[201108] Establecer objetivos	2	4	
	[1635] Gestión del tiempo personal	[163509] Planifica las actividades de la semana.	3	4	
		[163515] Minimiza las interrupciones	2	3	
	[00184] Disposición para mejorar la toma de decisiones.	[1600] Conducta de adhesión	[160009] Refiere el uso de estrategias para optimizar al máximo la salud	3	4
			[160014] Realiza automonitorización	3	4
[1700] Creencias sobre la salud		[170007] Mejora en el estilo de vida percibida tras una acción	3	4	
[1309] Resiliencia personal		[130902] Utiliza estrategias de afrontamiento efectivas	3	3	

		[130916] Progresa hacia los objetivos	3	4
	[0906] Toma de decisiones	[90602] Identifica alternativas	4	4
		[90609] Escoge entre varias alternativas	4	4
[00069] Afrontamiento ineficaz relacionado con recursos inadecuados y estrategias de liberación de la tensión ineficaces.	[1302] Afrontamiento de problemas	[130204] Refiere disminución de estrés	2	2
		[130210] Adopta conductas para reducir el estrés.	3	4
		[130216] Refiere disminución de los síntomas físicos de estrés	3	3
	[2013] Equilibrio en el estilo de vida	[201310] Utiliza la gestión del tiempo en la rutina diaria	3	3
	[0004] Sueño	[403] Patrón del sueño	3	3
	[00187] Disposición para mejorar el poder.	[1700] Creencias sobre la salud	[170007] Mejora en el estilo de vida percibida tras una acción	3
[1309] Resiliencia personal		[130916] Progresa hacia los objetivos	3	4
[00163] Disposición para mejorar la nutrición.	[1621] Conducta de adhesión: dieta saludable	[162101] Establece objetivos dietéticos alcanzables	3	4
		[162107] Selecciona alimentos basándose en la información nutricional de las etiquetas	2	3

		[162111] Come las raciones de fruta recomendadas cada día	3	3
		[162116] Mantiene la hidratación	3	4
	[1700] Creencias sobre la salud	[170007] Mejora en el estilo de vida percibida tras una acción	3	4
[00212] Disposición para mejorar la resiliencia.	[1309] Resiliencia personal	[130902] Utiliza estrategias de afrontamiento efectivas	3	3
		[130916] Progresa hacia los objetivos	4	4
		[130917] Utiliza estrategias para potenciar la salud	3	4
		[200207] Capacidad de afrontamiento	3	4
[00182] Disposición para mejorar el autocuidado.	[2002] Bienestar personal	[200208] Capacidad de relax	2	2
		[1603] Conducta de búsqueda de la salud	2	3
	[1603] Conducta de búsqueda de la salud	[160303] Realiza autodetección	2	3
		[160314] Realiza conductas de salud por iniciativa propia	3	4

Fuente. Elaboración propia.

Uno de los indicadores que es importante resaltar es el [201108] Establecer objetivos, ya que evidencia un cambio positivo al pasar de un grado de deterioro “sustancialmente comprometido” a “levemente comprometido. Esto se refleja en que posterior a la ejecución del programa, un 61.54% de los participantes indica que trabajan hacia metas de largo plazo en su vida rutinariamente y un 30.77% lo hace frecuentemente. Además, es importante hacer énfasis a que esta habilidad de autorregulación se puso en práctica en la mayoría de las

Tabla 16

Resultado de la valoración inicial y final del Cuestionario de Estilo de Vida Promotor de la Salud II e Índice de Autorregulación.

Instrumento	<i>Valoración inicial</i>				<i>Evaluación final</i>			
	Media	DE	Rango	Rango posible	Media	DE	Rango	Rango posible
Cuestionario de Estilo de Vida Promotor de la Salud II	3	0,4	2-3	1-4*	3	0,4	2-3	1-4*
<i>Responsabilidad en salud</i>	2	0,6	1-3	1-4*	2	0,4	2-3	1-4*
<i>Actividad física</i>	3	0,9	1-4	1-4*	3	0,6	2-4	1-4*
<i>Nutrición</i>	3	0,4	2-3	1-4*	3	0,5	2-4	1-4*
<i>Crecimiento espiritual</i>	3	0,5	2-4	1-4*	3	0,6	2-4	1-4*
<i>Relaciones interpersonales</i>	3	0,5	2-4	1-4*	3	0,7	2-4	1-4*
<i>Manejo del estrés</i>	2	0,5	2-3	1-4*	2	0,6	2-4	1-4*
Índice de Autorregulación	38	5,4	29-45	9-45	40	5,2	30-45	9-45
<i>Reacondicionamiento</i>	13	1,5	10-15	3-15	14	1,4	12-15	3-15
<i>Control de estímulos</i>	13	1,8	10-15	3-15	13	2,7	6-15	3-15
<i>Monitoreo del comportamiento</i>	12	2,6	7-15	3-15	13	1,9	9-15	3-15

(*) Escala Likert con rango de 1 (Nunca) a 4 (Rutinariamente).

Fuente: Elaboración propia basada en resultados del Cuestionario de Estilo de Vida Promotor de la Salud II e Índice de Autorregulación.

sesiones realizadas, por lo que en las mismas fue posible ver la evolución en la creación de los objetivos de acuerdo a la metodología SMART.

Por otro lado, el indicador [160009] Refiere el uso de estrategias para optimizar al máximo la salud pasó de “a veces demostrado” a “frecuentemente demostrado”. En este sentido, es importante resaltar que a pesar de que la subescala Responsabilidad de la Salud del cuestionario de estilo de vida mantiene una media de 2 tanto en la valoración, como en la evaluación, el rango la puntuación mínima en la misma aumentó con respecto a la valoración inicial. Además, durante las sesiones, fue posible evidenciar a través de los comentarios realizados por los participantes cómo muchos de ellos realmente estaban poniendo en práctica algunas de la estrategias propuestas durante el programa y los efectos positivos de las mismas en su salud.

Otro de los indicadores en el que se evidenció el cambio de “a veces demostrado” a “frecuentemente demostrado” fue el de [160014] Realiza automonitorización, esta es otra de las habilidades de autorregulación que se puso en práctica en el programa desde la primer sesión. La subescala monitoreo del comportamiento, del índice de autorregulación, refleja el cambio de los participantes, ya que en la evaluación tuvieron una media de 13, en contraste con la valoración inicial, cuando el promedio fue de 12.

Asimismo, se genera un cambio en el indicador [170007] Mejora en el estilo de vida percibida tras una acción, al pasar de un grado de intensidad “moderado” a “intenso”. Esto se evidencia en las preguntas del Index de Autorregulación en las que los participantes respondieron si han aprendido nuevos hábitos que los ayudan a cuidarse, maneras de abordar viejas situaciones y si han aprendido a realizar cambios, ya que aumentó el porcentaje de quienes lo han logrado, correspondiendo a un 53% las personas que están “muy de acuerdo” con esto. Además, durante las sesiones, los participantes mencionaron que tras la implementación de las herramientas y estrategias que se les brindaron notaron cambios positivos en su salud y en general, en su vida.

También en el indicador [130917] Utiliza estrategias para potenciar la salud, se muestra un cambio, al pasar de “a veces demostrado” a “frecuentemente demostrado”. A pesar de que el porcentaje del cuestionario de Estilo de Vida no muestra un cambio, ya que se mantuvo con una media de 3 (siendo el rango posible de 1 a 4 de la escala Likert), posterior a cada sesión los participantes comentaban las estrategias en las que habían trabajado días

atrás con el fin de potenciar su salud, esto de acuerdo a las metas que se planteaban ellos mismos, es por esto que se decide aumentar la frecuencia de este indicador.

El indicador [160303] Realiza autodetección, cambia de “raramente demostrado” a “a veces demostrado” debido a que en las preguntas del Index de Autorregulación en las que los participantes responden a si le dan seguimiento a cómo les está yendo cambiando maneras en las que se cuidan, si observan signos de progreso y si monitorean los avances de sus metas; se evidencia un aumento en el porcentaje de personas que consideran que están “muy de acuerdo” al ser esta categoría en la que se encuentran la mayor cantidad de respuestas.

De igual manera, aumentó el porcentaje de personas que respondieron que “algunas veces” se realizan auto-exámenes para la detección temprana del cáncer y disminuyó el porcentaje de personas que “no” lo realizan. Además, durante cada sesión los participantes debían analizarse ellos mismos y detectar situaciones que estaban afectando su salud, relacionadas con el tema de cada sesión y establecer un objetivo o meta que los ayudara a mejorarla.

Finalmente, se evidencia un aumento del indicador [160314] Realiza conductas de salud por iniciativa propia, al pasar de “a veces demostrado” a “frecuentemente demostrado”. A pesar de que el porcentaje total de la escala de estilo de vida y la subescala de responsabilidad en salud, no reflejan un cambio, el rango de esta subescala pasó de 1-3 a 2-3 en la escala Likert, siendo esto un cambio positivo. Asimismo, durante cada sesión los participantes tenían la libertad de establecer una meta por iniciativa propia, relacionada con el tema de la sesión, con el fin de trabajar en estas para mejorar sus conductas de salud y ellos siempre se mostraron dispuestos y comprometidos en participar de esta actividad.

4.4.2. Evaluación de la Práctica Dirigida

Como parte de la evaluación de la Práctica Dirigida, se le envió un formulario a los participantes en el cual podían expresar libremente su opinión acerca de la misma. Adicionalmente, durante la sesión 6 también se brindó un espacio para ampliar dichos comentarios. En general, las personas coinciden en que el Programa de Autogestión fue completo, motivador y que les ayudó a trabajar y progresar en sus metas relacionadas con su salud.

Los y las participantes manifestaron su opinión acerca del contenido y tiempo de las sesiones, metodología utilizada, participación de las estudiantes a cargo del programa, material enviados, entre otros. La participación de las personas fue constante durante todas las sesiones, teniendo un promedio de participación de 14 personas en cada una de estas, de un total de 15.

Durante las sesiones del Programa de Autogestión, se cumplieron los objetivos propuestos y fue posible llevar a cabo las actividades planteadas. Los y las participantes consideran que el contenido de las sesiones fue oportuno, variado y útil para mejorar sus estilos de vida. Uno de los participantes sugirió que en futuras sesiones del Programa se pueda incluir una sesión con la temática centrada en estrategias para llevar a cabo transiciones efectivas, por ejemplo, al pasar de realizar actividades laborales a actividades de ocio.

Además, ellos concuerdan en que el tiempo de cada sesión fue adecuado, ya que un tiempo menor no hubiera permitido la interacción con los compañeros y las proponentes, mientras que sesiones que duren más de una hora, podrían volverse tediosas e interferir con su jornada laboral.

Los y las participantes, coincidieron en que las estudiantes a cargo del Programa tuvieron un buen manejo de los temas y de las actividades virtuales, procuraron realizar actividades variadas en cada sesión de manera que se mantuviera el interés, lograron generar un ambiente de confianza con el grupo, por lo que se sentían cómodos de expresar sus ideas, dudas y demás. También, mencionaron que estas siempre mostraban una buena actitud y disposición.

Las personas están de acuerdo en que la metodología utilizada fue apropiada, así como el material brindado, tales como los videos, invitaciones, brochures y plantillas de autorregulación enviadas a través de las diferentes herramientas tecnológicas, las cuales mencionaron que fueron llamativas y creativas. Además, consideran que se evidenció gran organización para llevar a cabo las sesiones.

Con respecto a esto, una de las principales herramientas tecnológicas empleadas fue Zoom, por medio de la cual se realizaron todas las sesiones. Esta es una plataforma que favoreció la interacción virtual, con audio, video y chat de quienes participaron, así como la

posibilidad de compartir pantalla para observar algunas de las actividades de la sesión. Durante cada sesión los y las participantes encendieron sus cámaras, participaron y comentaron sus experiencias, generando un mejor ambiente y relación entre todos.

Además, se utilizó Google Forms (Formularios de Google) para que los y las participantes completaran el consentimiento informado y los cuestionarios de manera virtual. Esta es una plataforma gratis, fácil de usar y los formularios se integran con las hojas de cálculo, lo que facilita el análisis de los datos recopilados.

De la misma forma, la página web Canva, fue empleada para la elaboración de diapositivas que se compartían durante cada sesión, así como para realizar invitaciones con la información de la sesión siguiente, con el fin de favorecer el aprendizaje y promover la memoria visual de los y las participantes, con colores llamativos y música que captara la atención y los motivara.

Al finalizar cada sesión, se mostraba en la pantalla la plataforma Polleverywhere, por medio de la cual cada participante podía enviar, de manera anónima, el objetivo que se había planteado durante esa sesión. Esta herramienta también se integra con las hojas de cálculo favoreciendo la captura de los datos. Por último, para algunas sesiones se utilizó Mentimeter, también conocido como Menti, el cual es un recurso digital por medio del cual se crean presentaciones interactivas de acuerdo a los comentarios en tiempo real que envían los y las participantes.

En general, el uso de estas herramientas y los horarios establecidos para las sesiones, los cuales se elegían de acuerdo a la disponibilidad de los y las participantes, favoreció la adherencia a este Programa de Enfermería.

Por otra parte, los y las participantes expresan que las sesiones fueron entretenidas, se les daba la oportunidad de expresarse, reírse y demás. Resaltan la importancia de que las proponentes mantuvieron el anonimato de las personas en las actividades que lo ameritaba, lo que les generaba mayor confianza al participar.

De acuerdo con lo mencionado por los y las participantes, el Programa les permitió mejorar las relaciones interpersonales entre los compañeros, además de sentirse apoyados

por los mismos al trabajar en sus metas. Al proponer actividades para llevar a cabo posterior a las sesiones, la mayoría de las personas demostraron disposición y compromiso al participar de las mismas.

Algunos comentarios de los participantes acerca del Programa, las proponentes y la metodología fueron:

“Muy bueno, bien estructurado, abarcó muchos temas. Me gustó mucho porque nos sacó de la rutina, me ayudó con el planteamiento de objetivos y me impulsó a cumplirlos. Las presentaciones y las expositoras muy agradables.”

“Me pareció bastante instructivo, como una guía inicial para implementar mejoras en la vida personal en muchos aspectos.”

"Me parecen que se realizó una buena elección del contenido y los temas, un excelente manejo del tiempo, una agradable comunicación del contenido mediante el material brindado y la expresión oral de las expositoras"

“Felicitación a la metodología así como a las temáticas ya que, son ejes que se deben de tomar en cuenta en nuestra vida cotidiana pero, usualmente como individuos lo olvidamos. Las herramientas bastante pertinentes para cada uno de los ejes. Por otro lado, las sesiones bastante dinámicas. En general ha sido una muy buena experiencia, incluso recalcar que he compartido información con personas cercanas con el fin de que ellos también implementen las herramientas y por ende mejoren sus hábitos. Mi más sinceros agradecimientos, debido a que sí he disminuido malos hábitos que incluso no conocía o ignoraba”

Adicionalmente, las personas recalcaron que durante el Programa de Autogestión aprendieron a conocerse, ser más conscientes de sus necesidades, además de estrategias de autorregulación para avanzar en la consecución de sus objetivos, lo que finalmente va a repercutir de manera positiva en su salud.

4.4.3. Alcances y limitaciones.

Como alcances se resalta que los y las participantes lograron identificar situaciones que podían mejorar en diferentes aspectos de sus estilos de vida, lo que facilitó el proceso para que establecieran sus objetivos y avanzaran en los mismos utilizando las diferentes habilidades de autorregulación. Al finalizar el Programa, cada participante tuvo más y mejores estrategias y habilidades para mejorar sus estilos de vida.

A pesar de que las sesiones se llevaron a cabo de manera virtual, el que las personas previamente se conocieran facilitó crear un ambiente agradable en el que ellos se sentían libres de compartir sus experiencias, sentimientos y dudas, además se sentían apoyados por sus compañeros para trabajar en las metas que se habían propuesto. Como resultado de estas interacciones, las relaciones interpersonales entre ellos tuvieron mejorías.

Los y las participantes del programa lograron crear hábitos más saludables y aprendieron a conocerse más a ellos mismos, así como autoevaluar y automonitorizar el progreso hacia sus metas.

Por el contrario, la principal limitación que se experimentó fue que durante este año 2020, surgió una pandemia causada por SARS-CoV2 (COVID-19), lo cual tuvo diversas implicaciones en la Práctica Dirigida, ya que inicialmente se había planteado realizar las sesiones de manera presencial y debido a las diferentes medidas sanitarias establecidas por el Ministerio de Salud de nuestro país, así como las propuestas por la Universidad de Costa Rica, esta no era una opción viable y se tuvo que modificar el Programa a sesiones virtuales.

En este sentido es importante resaltar que inicialmente se consideró trabajar con toda la población funcionaria del CICA, que eran más de 50 personas, por lo que el cuestionario de valoración inicial fue completado por un total de 23 personas, de las cuales no todas tuvieron la oportunidad de participar en el programa, ya que cuando se dio el cambio a la modalidad virtual, la administración del CICA definió que no era posible que participara la totalidad de su personal y ellos mismos seleccionaron a los y las participantes que fueron 15.

Adicionalmente, la pandemia y las directrices establecidas, generaron que muchas de las rutinas de las personas cambiaran, por ejemplo, varios de los trabajadores del CICA empezaron a realizar teletrabajo en vez de ir a las instalaciones, se dio mayor distanciamiento social lo que modificó las relaciones interpersonales, hubo cierre de instalaciones deportivas,

escuelas, colegios, parques, restaurantes y demás medidas que generaran implicaciones en la salud de las personas.

Otra limitación fue que uno de los instrumentos utilizados, el Index of Self-Regulation, solo estaba disponible y validado en inglés, por lo que este debió ser traducido al español y posteriormente contra-traducido al inglés por un profesional de la Lengua Inglesa. Una vez finalizado este proceso, se realizaron dos pruebas piloto con personas voluntarias, con el objetivo de evaluar la comprensión de las preguntas de este instrumento.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES

5.1. Conclusiones

El realizar este Programa de Autorregulación a través del proceso de enfermería guiado por teorías de enfermería, permitió evidenciar la importancia que tienen este tipo de intervenciones de promoción de salud en los centros de trabajo y la capacidad que los y las profesionales en enfermería tenemos de determinar las necesidades que tiene un grupo de personas, establecer diagnósticos de enfermería, planear y llevar a cabo un programa, así como evaluar la efectividad del mismo.

Valorar a un grupo de personas puede llegar a ser complejo, por ello es vital tomar en consideración diferentes fuentes de información, tanto directas como indirectas, para identificar las necesidades del grupo con mayor facilidad. El grupo focal fue una muy buena alternativa, para conocer y tener un primer encuentro con la población, lo que posteriormente facilitó la confianza e interacción con las personas al llevar a cabo las sesiones. Además de ello, los instrumentos aplicados permitieron conocer y tener una perspectiva más amplia y objetiva sobre las necesidades de la totalidad de las personas que participaron del Programa.

La red lógica del Modelo AREA, es una herramienta valiosa que permitió priorizar más fácilmente los diagnósticos de enfermería. Desde este punto de vista, es importante resaltar que es posible trabajar con varios diagnósticos en una misma sesión del Programa.

El utilizar enfoques orientados al aprendizaje de las personas adultas durante la planeación y la ejecución, así como el uso de las tecnologías de la información y evidencia científica sólida para sostener el contenido de las sesiones, fueron clave para mantener a la población interesada y motivada para trabajar en la consecución de sus objetivos. El promover un ambiente de apoyo social, y el establecimiento de relaciones de ayuda enfermera-persona horizontales y no mediadas por el poder fueron un acierto para el adecuado desarrollo del cuidado de enfermería. Todo lo anterior generó un clima más agradable y seguro que promovió la empatía entre las y los participantes, siendo esto un beneficio para el CICA, contribuyendo a su vez a mejorar el clima organizacional en el lugar de trabajo.

Con respecto a la evaluación del proceso, la aplicación de los mismos instrumentos utilizados durante la valoración inicial fue valioso para contrastar los indicadores de los resultados esperados, y se resalta la utilización de elementos objetivos como el uso de cuestionarios para facilitar la evaluación del proceso.

En este caso se observó un cambio positivo en las habilidades de autorregulación, lo cual fue el enfoque y objetivo del Programa de Enfermería. Esto fue evidenciado porque cada persona fue capaz de reconocer sus propios puntos débiles relacionados con las temáticas abordadas y a partir de esto tomaron la decisión de establecer metas que automonitorizaron y autoevaluaron. Estas habilidades de autorregulación son cruciales para la futura adopción de comportamientos de autogestión que darán como resultado un mejoramiento en la salud integral de las personas trabajadoras.

Como enfermeros y enfermeras, debemos de identificar a través de la valoración, las necesidades humanas que tienen las personas en sus lugares de trabajo y con base en esta información crear Programas basados en las mismas de manera que las personas se sientan escuchadas y motivadas de aprender habilidades para mejorar sus comportamientos de salud.

Se concluye que al ser el humano de naturaleza social un programa de este tipo no solo genera beneficios a los funcionarios individuales de la institución y a la institución en sí, sino también a sus familias, con quienes compartieron la información, las estrategias y las habilidades aprendidas.

Finalmente, los y las profesionales de enfermería deben llevar a cabo estas intervenciones basadas en el fortalecimiento de las habilidades de autorregulación, ya que tienen una excelente posición para guiar a las personas sobre en qué poner su atención, cómo medir y automonitorizar sus metas relacionadas con la salud (59). Además, este tipo de programas son una oportunidad para visibilizar el trabajo que hacen los y las profesionales en enfermería en estos espacios no tradicionales, como lo es el CICA.

5.2. Recomendaciones

Con el desarrollo de este Programa, se evidencia la importancia que tienen los y las enfermeras en espacios no tradicionales, donde pueden contribuir de manera científica con la promoción de la salud y prevención de la enfermedad con los colaboradores de las instituciones a través de este tipo de programas que contribuyen a mejorar el estilo de vida de las personas.

Por lo anterior, se recomienda a la Escuela de Enfermería promover el desarrollo de Programas innovadores apegados al Proceso de Enfermería, así como buscar espacios donde los estudiantes y la población en general puedan evidenciar el papel de enfermería en los ambientes laborales con el fin de promover la salud y prevenir la enfermedad a través de la autogestión.

En este sentido, se puede considerar el fortalecimiento de alianzas entre la OBS y la Escuela de Enfermería, de manera que al identificar necesidades de salud en las diferentes instancias de la Universidad de Costa Rica, los y las estudiantes de enfermería tengan la oportunidad de intervenir, lo que aumentará el desarrollo de habilidades en los mismos, a la vez que satisfaga las necesidades de los colaboradores y resaltará el papel de los y las enfermeras en espacios laborales.

Es importante que las futuras prácticas dirigidas, se desarrollen respetando las etapas del Proceso de Enfermería y justificando con evidencia científica cada una de ellas, de manera que contribuya con la visualización y desarrollo de la ciencia Enfermera.

Las facilitadoras recomiendan dar seguimiento a este Programa de Autogestión en el CICA ya que las personas participantes demostraron gran disposición en las sesiones realizadas, así como interés en mejorar sus comportamientos de salud. Esto favorecería el rendimiento a nivel laboral, personal y colectivo, lo cual traería beneficios tanto a los trabajadores de la organización como a quienes reciben los servicios que brinda el CICA.

Se aconseja a los futuros proponentes utilizar teorías de enfermería no tradicionales como la de Teoría de Autogestión Individual y Familiar de Ryan y Sawin, y con ello

proporcionar herramientas de autogestión a los y las participantes, y así, motivar a las personas a ser los responsables de sus comportamientos para mejorar su salud.

Finalmente, también se les recomienda mantener la duración de las sesiones en un promedio de una hora, ya que este tiempo permite tanto el abordaje del tema, como la participación e intercambio de ideas entre las personas. Asimismo, realizar prácticas dirigidas atractivas e innovadoras bajo la modalidad bimodal, combinando tanto los beneficios que brinda la virtualidad como los que ofrece la presencialidad.

5.3. Referencias.

1. Chavez Bazzani L. Promoción de la Salud en los lugares de trabajo: Un estado del arte. Tesis presentada como requisito para optar al título de: Magister en Salud y Seguridad en el Trabajo, Universidad Nacional de Colombia. 2016.
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Protección de la salud de los trabajadores [Internet]. 2017. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/protecting-workers'-health>
3. Ryan P, Sawin KJ. The Individual and Family Self-Management Theory: Background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nurs Outlook* [Internet]. 2009;57(4):217-225.e6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.outlook.2008.10.004>
4. Baumeister RF, Gailliot M, DeWall CN, Oaten M. Self-regulation and personality: How interventions increase regulatory success, and how depletion moderates the effects of traits on behavior. *J Pers.* 2006;74(6):1773–801.
5. Hakun JG, Findeison MA. Cognitive control moderates the health benefits of trait self-regulation in young adults. *Pers Individ Dif* [Internet]. 2020;152(August 2019):109572. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.paid.2019.109572>
6. Nigg JT. Annual Research Review: On the relations among self-regulation, self-control, executive functioning, effortful control, cognitive control, impulsivity, risk-taking, and inhibition for developmental psychopathology. *J Child Psychol Psychiatry Allied Discip.* 2017;58(4):361–83.
7. Baumeister, Roy F.; Heatherton T. Psychological inquiry self-control: An alternative self-regulation framework. *Psychol Inq.* 1996;7(1):68–72.
8. Necka E. Self-Control Scale AS-36: Construction and validation study. *Polish Psychol Bull.* 2015;46(3):488–97.
9. Calvo-Bonacho E, Catalina-Romero C. Promoción de la salud desde el lugar de trabajo. *Hipertens y Riesgo Vasc* [Internet]. 2015;32(3):97–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.hipert.2015.06.002>
10. Bazzani LC, Sánchez AIM. Workplace health promotion: A path to follow. *Cienc e Saude Coletiva.* 2016;21(6):1909–20.
11. Blanco Gómez G. Reflexión sobre la promoción de la salud en el trabajo. *Salud trab.* 2016;24(2):139–43.
12. Guthrie S, Lichten C, Van Belle J, Ball S, Knack A, Hofman J. Understanding Mental Health in the research environment. *A Rapid Evidence Assessment. Rand Heal Q.* 2018;7(3).
13. Daneshmandi H, Choobineh A, Ghaem H, Karimi M. Adverse Effects of Prolonged Sitting Behavior on the General Health of Office Workers. *J Lifestyle Med.* 2017;7(2):69–75.
14. Zulkifli Abdullah M, Kadir Othman A, Justine M. The Mediating Role of Work-related Musculoskeletal Disorders on the Relationship between Psychosocial Factors and Presenteeism among Administrative Workers. *Int J Soc Sci Humanit.* 2016;6(2):87–93.
15. Joan B. Entornos Laborales Saludables: Fundamentos y Modelo de la OMS :Contextualización, Prácticas y Literatura de Apoyo. [Internet]. Entornos Laborales Saludables: Fundamentos y Modelo de la OMS :Contextualización,

- Prácticas y Literatura de Apoyo. Organización Mundial de la Salud; 2010. Available from: http://www.who.int/occupational_health/evelyn_hwp_spanish.pdf
16. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia para el fortalecimiento de la promoción de la salud en los lugares de trabajo en América Latina y el Caribe. Relat Taller Estrateg Promoción la salud los Trab en Am Lat y el Caribe Temas Empres centros y pestos Trab Saludab. 2000;1–23.
 17. Sistema Costarricense de Información Jurídica. Constitución Política de la República de Costa Rica. Available from: http://www.pgrweb.go.cr/scij/busqueda/normativa/normas/nrm_texto_completo.aspx?param1=NRTC&nValor1=1&nValor2=871&strTipM=TC
 18. Sistema Costarricense de Información Jurídica. Código de Trabajo. Available from: http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?nValor1=1&nValor2=8045
 19. Ministerio de Salud de Costa Rica. Política Nacional de Salud “Dr. Juan Guillermo Ortiz Guier.” 2016; Available from: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/sobre-el-ministerio/politcas-y-planes-en-salud/planes-en-salud/964-plan-nacional-de-salud-2016-2020/file>
 20. Colegio de Enfermeras y Enfermeros de Costa Rica. Política Nacional de Enfermería 2011-2021. 1st ed. San José: El Atabal; 2011.
 21. Universidad de Costa Rica. Convención colectiva de trabajo. San José; 2018.
 22. Unidad de Promoción de la Salud. Datos sobre la salud de los funcionarios UCR [Internet]. San José: Universidad de Costa Rica; Available from: <https://obs.ucr.ac.cr/prosalud/temas/salud-en-el-trabajo/#1566532565-1-61>
 23. Blok AC. A Middle-Range Explanatory Theory of Self-Management Behavior for Collaborative Research and Practice. *Nurs Forum*. 2017;52(2):138–46.
 24. Halfon N, Forrest CB, Lerner RM, Faustman EM. Handbook of life course health development. In: McClelland M, Geldhof J, Morrison F, Gestsdottir S, Cameron C, Bowers E, et al., editors. *Handbook of Life Course Health Development*. Springer; 2017.
 25. Ozhiganova GV. Self-Regulation and Self-Regulatory Capacities: Components, Levels, Models. *Rudn J Psychol Pedagog*. 2018;15(3):255–70.
 26. Van Tongeren DR, DeWall CN, Green JD, Cairo AH, Davis DE, Hook JN. Self-regulation facilitates meaning in life. *Rev Gen Psychol*. 2018;22(1):95–106.
 27. Ramírez Elías A. Proceso de enfermería; lo que sí es y lo que no es. *Enfermería Univ* [Internet]. 2016;13(2):71–2. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.05.001>
 28. NANDA Internacional [Internet]. Acerca de NANDA Internacional. 2020 [cited 2020 Feb 24]. Available from: <https://kb.nanda.org/article/AA-00220/24/Español/Acerca-de-NANDA-Internacional/Acerca-de-NANDA-Internacional.html>.
 29. Molina S. La influencia de la NANDA en enfermería [Internet]. La influencia de la NANDA en enfermería. UNIVERSIDAD DE ALMERÍA; 2014. Available from: <http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/2491/Trabajo.pdf?sequence=1>
 30. Sáiz-Manzanares MC, Pérez Pérez MI. Autorregulación y mejora del autoconocimiento en resolución de problemas. *Psicol desde el Caribe*. 2016;33.

31. Merino-Tejedor E, Lucas-Mangas S. La autoeficacia y la autorregulación como variables moderadoras del estrés laboral en docentes de educación primaria. = Self-efficacy and self-regulation as moderating variables of work stress in elementary school teachers. *Univ Psychol* [Internet]. 2016;15(1):205–18. Available from: <http://ezproxy.lib.cam.ac.uk:2048/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psyh&AN=2016-56928-016&site=ehost-live&scope=site%0Ahttp://sulum@psi.uva.es%0Ahttp://enmerino@psi.uva.es>
32. Reed JR, Yates BC, Houfek J, Pullen CH, Briner W, Schmid KK. Eating Self-Regulation in Overweight and Obese Adults: A Concept Analysis. *Nurs Forum*. 2016;51(2):105–16.
33. Annesi JJ. Effects of Treatment-Associated Increases in Fruit and Vegetable Intake on the Consumption of Other Food Groups and Weight Through Self-Regulatory Processes. *Perm J*. 2018;22:1–4.
34. Shieh C, Weaver MT, Hanna KM, Newsome K, Mogos M. Association of Self-Efficacy and Self-Regulation with Nutrition and Exercise Behaviors in a Community Sample of Adults. *J Community Health Nurs*. 2015;32(4):199–211.
35. Plaete J, De Bourdeaudhuij I, Verloigne M, Oenema A, Crombez G. A Self-Regulation eHealth Intervention to Increase Healthy Behavior Through General Practice: Protocol and Systematic Development. *JMIR Res Protoc*. 2015;4(4).
36. Plaete J, De Bourdeaudhuij I, Verloigne M, Crombez G. Acceptability, feasibility and effectiveness of an eHealth behaviour intervention using self-regulation: “MyPlan.” *Patient Educ Couns*. 2015;98(12):1617–24.
37. Van Der Mispel C, Poppe L, Crombez G, Verloigne M, De Bourdeaudhuij I. A self-regulation-based eHealth intervention to promote a healthy lifestyle: Investigating user and website characteristics related to attrition. *J Med Internet Res*. 2017;19(7):1–13.
38. The Alert Program® Makes Self-Regulation Easy for Children Teens and Adults. ProQuest One Academic [Internet]. Coventry, United Kingdom: Normans Media Ltd. 2018. p. 1–3. Available from: <https://search-proquest-com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/docview/2056620463?accountid=28692>
39. Protogerou C, McHugh RK, Johnson BT. How best to reduce unhealthy risk-taking behaviours? A meta-review of evidence syntheses of interventions using self-regulation principles. *Health Psychol Rev* [Internet]. 2020;0(0):1–30. Available from: <https://doi.org/10.1080/17437199.2019.1707104>
40. Spring B, Champion K, Acabchuk R, Hennessy EA. Self-regulatory behavior change techniques in interventions to promote healthy eating, physical activity, or weight loss: A meta-review. *Health Psychol Rev* [Internet]. 2020;0(0):1–91. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/17437199.2020.1721310>
41. Wing RR, Tate DF, Gorin AA, Raynor HA, Fava JL. A self-regulation program for maintenance of weight loss. *N Engl J Med*. 2006;355(15):1563–71.
42. Hailu FB, Moen A, Hjortdahl P. Diabetes self-management education (DSME) – Effect on knowledge, self-care behavior, and self-efficacy among type 2 diabetes patients in Ethiopia: A controlled clinical trial. *Diabetes, Metab Syndr Obes Targets Ther*. 2019;12:2489–99.
43. Frie K, Hartmann-Boyce J, Jebb SA, Aveyard P. Testing the effectiveness of a weight loss intervention to enhance self-regulation in adults who are obese: Protocol

- for a randomised controlled trial. *BMJ Open*. 2019;9(12):1–9.
44. Rodríguez-Montero A, Ureña-Bonilla P, Blanco-Romero L, Sánchez-Ureña B, Salas-Cabrera J. Indicadores antropométricos y fisiológicos de la salud en trabajadores de diferentes empresas costarricenses. *Rev Costarric Salud Pública*. 2014;23(1):25–31.
 45. Jensen-Madrugal M, Ugalde-González M, Araya-Blanco S, Chinnock A. Promoción de estilos de vida saludables en funcionarios públicos, Costa Rica. *Rev Costarr Salud Pública*. 2014;23(1):32–8.
 46. Ureña Bonilla P, Barrantes Brais K, Solís Bastos L. Bienestar psicológico, espiritualidad en el trabajo y percepción subjetiva de la salud en personal académico y administrativo de la Universidad Nacional. *Rev Electrónica Educ (Educare Electron Journal)* EISSN. 1409;18(1):155–75.
 47. Chacón-Tencio B, Vásquez-Mendoza R. La regulación de las emociones y su relación con el estrés y la calidad de vida relacionada con salud en personas adultas trabajadoras de una institución pública costarricense, en el año 2018. Universidad de Costa Rica; 2018.
 48. Raile Alligood M., Marriner Tomey A. Modelos y teorías en enfermería. 7th ed. Barcelona: Elsevier Inc.; 2011. 3–47 p.
 49. Ryan P. Integrated theory of health behavior change: Background and intervention development. *Clin Nurse Spec*. 2009;23(3):161–70.
 50. Locke E, Latham G. Goals and self-regulation: Emerging perspectives across levels and time. In: Day D V., Unsworth KL, editors. *New Developments in Goal Setting and Task Performance*. London: Routledge; 2013. p. 158–76.
 51. Boekaerts M, Pintrich PR ZM. *Handbook of Self-Regulation*. San Diego: Elsevier Science & Technology; 2000.
 52. Latham G, Seijts G, Slocum J. The goal setting and goal orientation labyrinth: Effective ways for increasing employee performance. *Organ Dyn* [Internet]. 2016;45(4):271–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.orgdyn.2016.10.001>
 53. Baumeister R VK. *Handbook of Self-Regulation: Research, Theory, and Applications*. 3rd ed. New York: The Guilford Press; 2016.
 54. Baumgarten J. *Metas: Secretos y técnicas para alcanzar tus sueños y metas*. Babelcube Inc; 2016.
 55. Locke E, Latham G. Using goal setting to promote health behavior change: Diet and physical activity. In: Shilts MK, Townsend MS, Dishman RK, editors. *New Developments in Goal Setting and Task Performance*. London: Routledge; 2013. p. 415–38.
 56. Lenzen SA, Daniëls R, Van Bokhoven MA, Van Der Weijden T, Beurskens A. Disentangling self-management goal setting and action planning: A scoping review. *PLoS One*. 2017;12(11):1–22.
 57. Karoly P. Mechanisms of Self-Regulation: A Systems View. *Annu Rev Psychol*. 1993;44(1):23–52.
 58. Zimmerman BJ, Paulsen AS. Self-monitoring during collegiate studying: An invaluable tool for academic self-regulation. *New Dir Teach Learn*. 1995;1995(63):13–27.
 59. Wilde MH, Garvin S. A concept analysis of self-monitoring. *J Adv Nurs*. 2007;57(3):339–50.
 60. Matarese M, Lommi M, De Marinis M, Riegel B. A Systematic Review and

- Integration of Concept Analyses of Self-Care and Related Concepts. *J Nurs Sch.* 2018;50(3):296–305.
61. Ghanizadeh A. The interplay between reflective thinking, critical thinking, self-monitoring, and academic achievement in higher education. *High Educ.* 2017;74(1):101–14.
 62. Richard A, Shea K. Delineation of self-care and associated concepts. *J Nurs Sch.* 2011;43(3):255–64.
 63. Bartels SL, van Knippenberg RJM, Dassen FCM, Asaba E, Patomella AH, Malinowsky C, et al. A narrative synthesis systematic review of digital self-monitoring interventions for middle-aged and older adults. *Internet Interv [Internet]*. 2019;18:1–10. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.invent.2019.100283>
 64. Schwarzer R, Antoniuk A, Gholami M. A brief intervention changing oral self-care, self-efficacy, and self-monitoring. *Br J Health Psychol.* 2015;20(1):56–67.
 65. Kurt M. Quality in reflective thinking: elicitation and classification of reflective acts. *Qual Quant.* 2018;52(s1):247–59.
 66. Cano AB, Encinar Prat L, Ruiz A, Sabariego M, Sánchezí A. El pensamiento reflexivo: Una competencia transversal en el espacio universitario. In: *El pensamiento reflexivo a través de las metodologías narrativas: experiencias en innovación en educación superior.* Barcelona: ICE y Ediciones OCTAEDRO, S.L.; 2018. p. 16–21.
 67. Demick J, Andreoletti C. Reflective Thinking in Adulthood. In: Fischer K, Pruyne E, editors. *Handbook of Adult Development.* New York: Plenum Publishers; 2003.
 68. Kirlik A, Hoare C. Development of Reflective Judgment in Adulthood. In: Kitchener K, King P, DeLuca S, editors. *Handbook of Adult Development and Learning :220 A Handbook of Theory, Research, and Practice.* New York: Oxford University Press; 2006.
 69. Ruiz Bueno, C. , Sabariego Puig, M., Sandín Esteban, M.P. y Sánchez Santamaría J. Creando contextos para el desarrollo del pensamiento reflexivo en la universidad. In: *El pensamiento reflexivo a través de las metodologías narrativas: experiencias de innovación en educación superior.* Barcelona: ICE y Ediciones OCTAEDRO, S.L.; 2018. p. 22–7.
 70. Lorig KR, Holman HR, Med AB. Self-Management Education: History, Definition, Outcomes, and Mechanisms. *Ann Behav Med.* 2003;26(1):1–7.
 71. Muñeton Santa G, Ruiz Martinez AF, Loaiza Quintero O. Toma de decisiones. Explicaciones desde la ciencia aplicada del comportamiento. *Espacios [Internet]*. 2017;38(13). Available from: <http://www.revistaespacios.com/a17v38n13/a17v38n13p10.pdf>
 72. Cote-Rangel LP, García-Becerra AM. Estrés como factor limitante en el proceso de toma de decisiones: una revisión desde las diferencias de género. *Av en Psicol Latinoam.* 2016;34(1):19–28.
 73. Marchisotti GG, De Domingos MLC, Almeida RLDE. Decision-making at the first management level: The interference of the organizational culture. *Rev Adm Mackenzie.* 2018;19(3):1–26.
 74. Rodríguez M D. Gestión organizacional : elementos para su estudio. In: *Gestión organizacional : elementos para su estudio.* 5ta ed. Santiago: Universidad Católica de Chile; 2011.

75. Rodríguez Estrada M. El proceso decisional: Sus fases y etapas. In: Manejo de problemas y toma de decisiones. 2nd ed. El Manual Moderno; 1988. p. 11–7.
76. Molina Mula J. Participación de los pacientes en la toma de decisiones en un sistema de salud neoliberal. *Enferm Clin* [Internet]. 2015;25(5):282–4. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2015.06.006>
77. Molina Mula J. Saber, poder y cultura de sí en la construcción de la autonomía del paciente en la toma de decisiones. Relación de la enfermera con el paciente, familia, equipo de salud y sistema sanitario [Internet]. Universitat de las Iles Balears; 2013. Available from: <https://www.tdx.cat/handle/10803/112120%0Ahttp://www.tesisenred.net/handle/10803/112120%0Ahttp://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/112120/tjmm1de1.pdf.txt;jsessionid=0F97D0629BF28B2C9C9F5A3D5177C9AA?sequence=2>
78. Sjøstad H, Baumeister RF. The Future and the Will: Planning requires self-control, and ego depletion leads to planning aversion. *J Exp Soc Psychol* [Internet]. 2018;76:127–41. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jesp.2018.01.005>
79. Reyes Fernandez B. Social Support , Planning and Action Control in Self-Regulatory Health Behavior Processes. Universidad Libre de Berlin; 2015.
80. Norina Carraro N. Looking Back and Moving Forward: A Meta-Analytic Review and Two Original Studies Examining the Role of Action Planning and Coping Planning in Promoting Physical Activity Behaviour. Universidad de Ottawa; 2015.
81. Bailey RR. Goal Setting and Action Planning for Health Behavior Change. *Am J Lifestyle Med*. 2017;13(6):615–8.
82. Bodenheimer T. Helping patients improve their health-related behaviors: What system changes do we need? *Dis Manag*. 2005;8(5):319–30.
83. Arias-Arias N. La autoevaluación, un proceso fundamental para la formación del ser humano en el contexto de la paz y la convivencia. *Itiner Educ* [Internet]. 2014;28(64):83–101. Available from: <http://revistas.usb.edu.co/index.php/Itinerario/article/view/1427%5Cnhttp://revistas.usb.edu.co/index.php/Itinerario/article/download/1427/1220>
84. Bruce M, McNally J, Taggar S. Determining the importance of self-evaluation on the goal-performance effect in goal setting: Primary findings. *Can J Behav Sci*. 2016;48(2):91–100.
85. Seitchik A, Harkins S. The Effects of Nonconscious and Conscious Goals on Performance. *Basic Appl Soc Psychol*. 2014;36(2):99–110.
86. Taylor S. Self-Evaluation Processes. *Soc Personal Soc Psychol* [Internet]. 1995;21(12):1278–87. Available from: <http://hjb.sagepub.com.proxy.lib.umich.edu/content/9/2/183.full.pdf+html>
87. Wiyono BB. The effect of self-evaluation on the principals' transformational leadership, teachers' work motivation, teamwork effectiveness, and school improvement. *Int J Leadersh Educ* [Internet]. 2018;21(6):705–25. Available from: <http://doi.org/10.1080/13603124.2017.1318960>
88. Jiang Z, Jiang X. Core self-evaluation and life satisfaction: The person-environment fit perspective. *Pers Individ Dif* [Internet]. 2015;75:68–73. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2014.11.013>
89. Elliot A, Dweck C, Yeager D. *Handbook of Competence and Motivation*. 2da ed. New York: The Guilford Press; 2017. 195 p.

90. Gómez Pérez O, Calleja Bello N. Regulación emocional: definición, red nomológica y medición. *Rev Mex Investig en Psicol.* 2016;8(1):96–117.
91. Groos JJ. Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Soc Psychophysiological Res.* 2002;39:281–91.
92. Cabanach RG, Souto-Gestal A, González Doniz L, Corrás Vázquez T. Afrontamiento y regulación emocional en estudiantes de fisioterapia. *Univ Psychol.* 2018;17(2):1–13.
93. Consejo Universitario. Universidad de Costa Rica. Reglamento General De Los Trabajos Finales De Graduación En Grado Para La Universidad De Costa Rica. 2020;1–12. Available from: http://www.cu.ucr.ac.cr/normativ/trabajos_finales_graduacion.pdf
94. Toney-Butler T, Thayer J. Nursing Process. In: *StatPearls*. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing; 2020.
95. Naula Calderón J. Conocimiento y prácticas sobre el modelo de Virginia Henderson y la taxonomía NANDA-NOC-NIC que tienen los profesionales de enfermería del Hospital General Isidro Ayora de Loja , en el periodo septiembre 2018 - marzo 2019. UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA; 2019.
96. Moorhead S, Johnson M, Maas M, Swanson E. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC). 4th ed. Barcelona: Elsevier España, S.L.; 2009.
97. Jiménez Córdoba J, O'neal Coto K. Medidas tomadas por la UCR para intentar frenar el contagio por COVID-19. *Not UCR [Internet]*. Available from: <https://www.ucr.ac.cr/noticias/2020/03/18/estas-son-las-medidas-tomadas-por-la-ucr-para-intentar-frenar-el-contagio-por-covid-19.html>
98. Canales F, Alvarado E, Pineda E. Metodología de la investigación: Manual para el desarrollo de personal de Salud. 2000. 327 p.
99. Walker S, Sechrist K, Pender N. Health Promoting Lifestyle Profile II [Internet]. College of Nursing. University of Nebraska Medical Center. 1995. Available from: <https://www.unmc.edu/nursing/faculty/health-promoting-lifestyle-profile-II.html>
100. Yeom HA, Choi M, Belyea M, Fleury J. Psychometric evaluation of the index of self-regulation. *West J Nurs Res.* 2011;33(2):268–85.
101. Kuiper RA, O'Donnell SM, Pesut DJ, Turrise SL. The Essentials of Clinical Reasoning for Nurses: Using the Outcome-Present State Test Model for Reflective Practice [Internet]. 1999. 181–203 p. Available from: https://books.google.co.cr/books?id=nfAkDwAAQBAJ&pg=PA69&dq=clinical+reasoning+the+art+and+science+of+critical+and+creative+thinking.&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwiOrO3e_tbpAhXkdN8KHerNBscQ6AEIMzAB#v=onepage&q=web&f=false
102. Domenech IS. La Andragogía de Malcom Knowles: Teoría y Tecnología de la Educación de adultos. Universidad Cardenal Herrera; 2015.
103. Juan A, Ramos M. Andragogía y Formación Continuada Sanitaria [Internet]. Creative Commons; Available from: Creative Commons
104. UNESCO. Declaracion Universal sobre bioetica y derechos humanos. *Revista de Bioética y Derecho.* 2005. p. 1–2.
105. Toffoletto MC, Ahumada Tello JD. Teleenfermería en el cuidado , educación y gestión en América Latina y el Caribe : revisión integrativa. *Rev Bras Enferm.* 2020;73(Suppl 5):1–8.

106. Torre LR, Velasco V. Teleenfermería; Nuevo avance en el cuidado enfermero. Univ Valladolid. 2015;1–44.
107. Departamento de Salud Educación y Bienestar de los Estados Unidos. El informe Belmont: Principios éticos y pautas para la protección de los seres humanos en la investigación. Obs Bioet i Dret. 1979;
108. Aparisi S. Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. Veritas [Internet]. 2010;22(Marzo):121–57. Available from: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-92732010000100006
109. Kassem H, Silverman H. Historia y Principios de la Ética en la Investigación Biomedica. p. 1–19.
110. Tribunal Internacional de Núremberg. Código Nuremberg [Internet]. 1947. p. 1–2. Available from: www.bioeticanet.info/documentos/nuremberg.htm
111. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki. 2013. p. 1–9.
112. Gan F, Triginé J. Gestión de tiempo. In: Manual de instrumentos de gestión y desarrollo de las personas en las organizaciones. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2006.
113. Vargas Vargas SA. La administración de lo urgente y lo importante en la empresa moderna. Hojas y Habl. 2018;(15):133–42.
114. Ramos P. Gestión del tiempo y planificación de tareas. 2nd ed. Málaga: Editorial ICB; 2014.
115. Sempere P. El arte de distinguir las tareas importantes de las urgentes. Cinco Dias. 2016;
116. Zapata Navarro A, Alonso Rodríguez G, Zapata Navarro A. Guía de Gestión del tiempo. Madrid;
117. Van-der Hofstadt Román C, Quiles Marcos Y, José QSM. Técnicas de comunicación para profesionales de enfermería [Internet]. Edita Generalitat Valenciana; 2006. 1–170 p. Available from: [file:///C:/Users/user/OneDrive/Tecnicascomunicacionenfermeria \(1\).pdf](file:///C:/Users/user/OneDrive/Tecnicascomunicacionenfermeria%20(1).pdf)
118. Torres-Valle F. Taller de Habilidades de Comunicación Asertiva para Líderes. Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente; 2018.
119. Pintanel M. Técnicas de relajación creativa y emocional. Madrid; 2017.
120. Wolder A. ¿Cómo explicar una técnica de relajación? FMC-Formación Médica Contin en Atención Primaria. 2016;23(4):223–6.
121. Ridge M, Wells J, Denny M, Cunningham J, Chalder T. Developing a web-based stress management intervention for occupational support workers. J Ment Heal. 2011;20(2):185–97.
122. Holman D, Johnson S, O’ Connor E. Stress Management Interventions: Improving Subjective Psychological Well-Being in the Workplace. In: Diener E, Oishi S, Tay L, editors. Handbook of well-being [Internet]. Salt Lake City: DEF Publishers; 2018. p. 1–13. Available from: <https://nobascholar.com/chapters/44/download.pdf>
123. Cea Ugarte J, Gonzáles Pinto-Arrillaga A, Cabo Gonzáles O. Efectos de la respiración controlada sobre los síntomas de estrés y ansiedad en una población de 55 a 65 años. Estudio piloto. Gerokomos. 2015;26(1):18–22.
124. MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL DE MADRID. Guía de Práctica Clínica para el Manejo de Pacientes con Insomnio en Atención Primaria. 2009; Available from:

- http://www.guiasalud.es/GPC/GPC_465_Insomnio_Lain_Entr_compl.pdf
125. Rico-Rosillo MG, Vega-Robledo GB. Sleep and immune system. *Rev Alerg Mex.* 2018;65(2):160–70.
 126. Canadian Sleep Society. Sleep on it [Internet]. 2019. Available from: <https://sleeponitcanada.ca/covid-19-2/>
 127. Sleep Foundation. Sleep Guidelines During the COVID-19 Pandemic [Internet]. 2020. Available from: <https://www.sleepfoundation.org/sleep-guidelines-covid-19-isolation>
 128. Hagger MS. Sleep, self-regulation, self-control and health. *Stress Heal.* 2010;26(3):181–5.
 129. Barnes CM. Working in our sleep. *Organ Psychol Rev.* 2012;2(3):234–57.
 130. Luis Valdés JG, Torrealba FL. La corteza prefrontal medial controla el alerta conductual y vegetativo. Implicancias en desórdenes de la conducta The medial prefrontal cortex controls the behavioral and vegetative arousal. Implications for behavioral disorders. *Rev Chil Neuro-Psiquiat [Internet].* 2006;44(443):195–204. Available from: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v44n3/art05.pdf>
 131. Merino Andréu M, Álvarez Ruiz De Larrinaga A, Madrid Pérez JA, Martínez Martínez MÁ, Puertas Cuesta FJ, Asencio Guerra AJ, et al. Sueño saludable: Evidencias y guías de actuación. Documento oficial de la Sociedad Española de Sueño. *Rev Neurol.* 2016;63:S1–27.
 132. Mortazavi SAR, Parhoodeh S, Hosseini MA, Arabi H, Malakooti H, Nematollahi S, et al. Blocking Short-Wavelength Component of the Visible Light Emitted by Smartphones' Screens Improves Human Sleep Quality. *J Biomed Phys Eng [Internet].* 2018;8(4):375–80. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30568927/>
 133. Annesi JJ. Effects of Treatment-Associated Increases in Fruit and Vegetable Intake on the Consumption of Other Food Groups and Weight Through Self-Regulatory Processes. *Perm J.* 2018;22:1–4.
 134. Ministerio de Salud de Costa Rica. Guías alimentarias para Costa Rica [Internet]. San José: Comisión Intersectorial de Guías Alimentarias para Costa Rica.; 2011. Available from: <http://www.fao.org/3/a-as859s.pdf>
 135. Aranceta-Bartrina J, Aldrete-Velasco JA, Alexanderson-Rosas EG, Álvarez-Álvarez RJ, Castro-Martínez MG, Ceja-Martínez IL, et al. Hidratación: importancia en algunas condiciones patológicas en adultos. *Med interna México [Internet].* 2018;34(2):214–43. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0186-48662018000200006&lang=pt%0Ahttp://www.scielo.org.mx/pdf/mim/v34n2/0186-4866-mim-34-02-214.pdf
 136. Brown J. Nutrición en las diferentes etapas de la vida [Internet]. Vol. 3. Mc Graw Hill Education; 2015. 479–506 p. Available from: <http://repositorio.unan.edu.ni/2986/1/5624.pdf>
 137. Rivera J, Muñoz O, Rosas M, Aguilar C, Popkin B, Willet W. Beverage consumption for a healthy life: Recommendations for the Mexican population [Consumo de bebidas para una vida saludable: Recomendaciones para la población mexicana]. *Salud Publica Mex [Internet].* 2008;50(2):173–95. Available from: <http://www.scopus.com/inward/record.url?eid=2-s2.0->

- 42449090350&partnerID=40&md5=254daf421495637eae1a18add7702e32
138. Ministerio de Salud CR. Recomendaciones nutricionales y alimentarias para la población ante la presencia del COVID-19. 2020;19. Available from: https://www.ministeriodesalud.go.cr/sobre_ministerio/prensa/docs/recomendaciones_nutricionales_poblacion_frente_covid_16042020.pdf
 139. Córdoba JJ. Conozca cómo mantener una buena alimentación en tiempos del COVID-19. Esc Nutr Univ Costa Rica [Internet]. 2020; Available from: <https://www.ucr.ac.cr/noticias/2020/04/23/conozca-como-mantener-una-buena-alimentacion-en-tiempos-del-covid-19.html>
 140. Organización Mundial de la Salud (OMS). Dieta, nutrición y prevención de enfermedades crónicas. Aliment Y Dieta, Consecuencias Habitos Aliment Ina Pdf [Internet]. 2013;1:1–152. Available from: http://whqlibdoc.who.int/trs/who_trs_916_spa.pdf
 141. American Heart Association. ¿Cuánto es una porción? [Internet]. Available from: <https://www.heart.org/en/healthy-living/healthy-eating/eat-smart/healthy-living-spanish-infographics/cuanto-es-una-porcion>
 142. Ruiz Chércoles E, Cenarro Guerrero T. Etiquetado nutricional. La importancia del etiquetado. Asoc Española Pediatría Atención Primaria [Internet]. 2016;(Curso de Actualización Pediatría):357–68. Available from: https://www.aepap.org/sites/default/files/4t2.11_la_importancia_del_etiquetado.pdf
 143. Martínez Ramos A. La lectura de etiquetas de información nutrimental. Rev Mex Pediatr [Internet]. 2018;85(5):157–61. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/pediat/sp-2018/sp185a.pdf>
 144. Esquivel Hernández, Rosa Isabel Martínez Correa SM, Martínez Correa JL. Nutrición y Salud. 4ta ed. Ciudad de México: Manual Moderno; 2018.
 145. American Heart Association. Entendiendo las etiquetas nutricionales [Internet]. Healthy for Life®; 2017. p. 1–8. Available from: http://www.heart.org/idc/groups/heart-public/@wcm/@fc/documents/downloadable/ucm_492067.pdf
 146. FDA. Cómo usar la etiqueta de información nutricional [Internet]. Fda (U.S Food & Drug). 2018. p. 1–24. Available from: <https://www.fda.gov/media/80651/download>
 147. Retamar Leboutet M. EDUCACIÓN NUTRICIONAL : LA MERIENDA TAMBIÉN DEBE SER SALUDABLE. Universidad Complutense Madrid; 2018.
 148. Mariño García A, Núñez Velázquez M, Gámez Bernal A. Alimentación saludable. Rev Acta Médica. 2016;17(1):1–13.
 149. Martínez XD, Hernández MAM, Bastias CM, Carreño AR, Retamal MC. Pausa activa como factor de cambio en actividad física en funcionarios públicos. Rev Cuba Salud Publica. 2011;37(3):306–16.
 150. Organización Mundial de la Salud (OMS). SanosEnCasa-Actividad física [Internet]. 2020 [cited 2020 Oct 25]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/campaigns/connecting-the-world-to-combat-coronavirus/healthyathome/healthyathome---physical-activity>
 151. Santos R. Actividad física y deportiva en prevención del sedentarios en los adultos jóvenes. Universidad de Guayaquil; 2019.
 152. American College of Sports Medicine. Mantenerse activo durante la pandemia de coronavirus. Mantenerse activo durante la pandemia de coronavirus. 2020.

153. Pacheco A, Tenorio M. Aplicación de un plan de pausas activas en la jornada laboral del personal administrativo y trabajadores del Área de Salud No.1 Pumapungo de la Coordinación Zonal 6 del Ministerio de Salud Pública en la provincia del Azuay en el año 2014 [Internet]. Universidad Politécnica Salesiana. Universidad Politécnica Salesiana; 2015. Available from:
<https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/7771/1/UPS-CT004632.pdf>
154. Instituto Colombiano de bienestar familiar (ICBF). Pausas activas: Tómate un descanso renuévate de energía [Internet]. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. 2017. p. 1–24. Available from:
https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/procesos/pu1.pg6_.gth_publicacion_cartilla_pausas_activas_2018_v1.pdf
155. Gavio Pierángeli MF. Implicancias De Las Pausas Activas Laborales En Empleados De La Ciudad De Rioja [Internet]. INSTITUTO UNIVERSITARIO DE CIENCIAS DE LA SALUD FUNDACION H. A. BARCELO; 2014. Available from:
http://190.226.53.212/greenstone/collect/tesis/index/assoc/HASH07a8.dir/TFI_Gavio_Pierangeli_Maria_Flores.pdf
156. Gutiérrez Cabello CG, Torres Zavaleta KA, Zavaleta Evangelista KL. Efectividad de un programa de pausas activas para la reducción del nivel de estrés laboral en el personal administrativo en una clínica de Lima [Internet]. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2018. Available from:
http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/3626/Efectividad_GutierrezCabello_Cynthia.pdf?sequence=1&isAllowed=y%0Ahttp://repositorio.upch.edu.pe/handle/upch/3626
157. Tecnológico de Costa Rica. Mejore su salud y energía con ejercicio durante pausas activas en el trabajo. Hoy en el TEC [Internet]. 2020; Available from:
<https://www.tec.ac.cr/hoyeneltec/2020/04/02/mejore-su-salud-energia-ejercicio-pausas-activas-trabajo>
158. Bennet M. Autoconocimiento [Internet]. Valencia, España: Integralia la casa natural; 2008. Available from: <https://elibro-net.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr/es/ereader/sibdi/60417>
159. Organización Mundial de la Salud (OMS). Cáncer de mama: prevención y control [Internet]. Available from: <https://www.who.int/topics/cancer/breastcancer/es/>
160. Breast Cancer. Cáncer de mama en hombres [Internet]. 2018. Available from: https://www.breastcancer.org/es/sintomas/tipos/en_hombres
161. Madrigal Ureña A, Mora Rosenkranz B. Generalidades de cáncer de mama para médico general. Med Leg Costa Rica. 2018;35(1):44–51.
162. Espinosa Ramírez M. Cáncer De Mama. Rev Médica Sinerg. 2018;2(1):8–12.
163. Asociación Española contra el cáncer de mama. ¿CÓMO DETECTAR Y PREVENIR EL CÁNCER DE MAMA? [Internet]. Available from:
<https://www.aecc.es/es/todo-sobre-cancer/tipos-cancer/cancer-mama/prevencion/factores-riesgo-cancer-mama>
164. Saavedra Abril JA, Ramírez Carmona CR, Peña Mejía GA, Stoopen Rometti M, Barois Boullard V, Kimura Fujikami Y. Cáncer De Testículo. An Radiol México. 2009;47–59.
165. Correa Ochoa JJ, Velásquez Ossa D, Lopera Toro AR, Martínez González CH, Yepes Pérez A. Guía colombiana de cáncer de testículo. Urol Colomb.

- 2016;25(3):274–85.
166. Jiménez Ríos MA, García Salcido FJ, Santana Ríos ZA. Capítulo 76. Cáncer de testículo. In: Manual de Oncología. 6ta ed. Mc Graw Hill Education;
 167. Cambil Martín J. Efectividad del autoexamen y del screening. Index Enferm [Internet]. 2005;14:48–9. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962005000100007
 168. Hospital Alemán. Autoexamen testicular [Internet]. Available from: <https://www.hospitalaleman.org.ar/hombres/autoexamen-testicular/>

Anexos

Lista de Anexos

Anexo 1. Carta de aceptación del CICA para realizar el Programa de Autogestión.....	202
Anexo 2. Preguntas generadoras para el grupo focal.....	203
Anexo 3. Cuestionario de estilo de vida de Nola Pender.....	206
Anexo 4. Índice de autorregulación.....	211
Anexo 5. Consentimiento informado para participar del Programa de Autogestión....	213
Anexo 6. Consentimiento informado para participar del grupo focal.....	216
Anexo 7. Plan de trabajo.....	219
Anexo 8. Preguntas extra del cuestionario de estilo de vida.....	223
Anexo 9. Plantilla de automonitorización.....	224
Anexo 10. Plantilla de autoevaluación.....	225
Anexo 11. Columnas de distribución del tiempo.....	226
Anexo 12. Matriz de Covey.....	227
Anexo 13. Fases de la relajación muscular progresiva.....	228
Anexo 14. Guía de automasaje.....	229
Anexo 15. Ejemplos de meriendas saludables.....	230
Anexo 16. Guía de pausas activas.....	231
Anexo 17. Autoexamen de mama.....	232
Anexo 18. Autoexamen de testículo.....	233
Anexo 19. Información para evaluar los indicadores.....	234

Anexo 1. Carta de aceptación del CICA para realizar el Programa de Autogestión.



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA

CICA Centro de Investigación en
Contaminación Ambiental

04 de diciembre del 2019
CICA-ADM-57-2019

Dra. Ana Laura Solano López
Directora de la práctica dirigida
Escuela de Enfermería

Estimada señora:

En atención a oficio EE-2028-2019, en el cual solicita autorización para que las estudiantes Stéfany Ortiz Ramírez, carné B45086 y Mariangel Hidalgo Araya, carné B43396, realicen el trabajo final de graduación denominado "Programa de autogestión para fortalecer las habilidades de autorregulación en personas funcionarias del sector universitario en la Sede Rodrigo Facio de la Universidad de Costa Rica durante el año 2020, bajo la modalidad de Práctica Dirigida para optar por el grado de Licenciatura en Enfermería". Le comunico que cuenta con el visto bueno de la Dirección de este Centro; sin embargo, les solicito enviar antes de comenzar con este proceso, un cronograma de trabajo, en el cual se especifique la dinámica del proyecto, a raíz de acomodarlo en espacios en los que no se vean afectados las actividades sustanciales de este Centro de Investigación.

Saludos cordiales,

Dr. Carlos Rodríguez Rodríguez
DIRECTOR
CRR/rjz



TEL. 2511-8213 / FAX 2253-13-63
Correo electrónico: dirección.cica@ucr.ac.cr
Página Web: <http://cica.ucr.ac.cr/>



Anexo 2. Preguntas generadoras para el grupo focal.

Patrón 1: Percepción-control de la salud

- Como colaboradores del CICA, ¿Qué necesidades de salud perciben en los trabajadores de la institución?

Patrón 2: Nutricional-metabólico

- En general, ¿cómo describirían la alimentación de las personas que trabajan en el CICA?
- Opcional: Según el diagnóstico realizado por la Unidad de Promoción de la Salud de la OBS, la alimentación de muchos de ustedes puede mejorar, ya que suelen omitir tiempos de comida, consumen pocas frutas y vegetales y comen con frecuencia comidas altas en grasa. ¿Qué piensan de esto? ¿Están de acuerdo o no con esta información?

Patrón 3: Eliminación

- ¿Consideran que los servicios sanitarios existentes en el CICA, su ubicación y suministros son adecuados? ¿Son aptos para que realicen sus necesidades fisiológicas?
- ¿Sienten que su carga de trabajo ha alterado sus hábitos intestinales (diarrea, estreñimiento, ambos)? ¿patrón de eliminación/defecación? o ¿Consideran que existen limitaciones en el trabajo que afecten su patrón de eliminación?

Patrón 4: Actividad-ejercicio

- Sabemos que algunos de los trabajadores del CICA se habían organizado y asistían en grupo a clases de actividades aeróbicas. Cuéntenos más sobre esto. ¿Conocen de otras actividades físicas que realicen en conjunto? (¿Cuántas veces a la semana? ¿Por cuánto tiempo?)
- Y en este momento, ¿qué están haciendo?

- Con base en esa información, en el trabajo y en su vida cotidiana ustedes, ¿pasan mucho tiempo en actividades sedentarias?
- De acuerdo con esta definición ¿Ustedes realizan actividades físicas?

Patrón 5: Sueño- descanso

- ¿Cómo describirían el patrón de sueño-descanso de los colaboradores del CICA?

Patrón 6: Cognitivo-perceptual

- Para este año 2020, ustedes ¿se propusieron alguna meta relacionada con su salud? ¿Cómo ha sido el progreso?
- ¿Qué limitaciones/obstáculos o facilidades han tenido para avanzar en la consecución de sus objetivos?
- ¿Qué emociones experimentan ustedes con mayor frecuencia en el trabajo y en su vida diaria? Explicar que pueden ser emociones positivas o negativas

Patrón 7: Auto percepción-autoconcepto

- De acuerdo con el diagnóstico de salud comentado anteriormente, en el CICA hay personas que refieren no sentirse a gusto con su apariencia física, algunas se sienten solas y otras se sienten culpables al decir “no” ¿Qué piensan de esto? ¿Han escuchado a sus compañeros sentirse así?

Patrón 8: Rol-relaciones

- ¿En general en el CICA cómo son las relaciones entre los compañeros de trabajo? Y ¿con sus respectivos superiores jerárquicos?
- ¿Cómo son sus relaciones con personas fuera del trabajo (familia, amigos)?

Patrón 9: Sexualidad-reproducción

- ¿Cómo creen ustedes que se percibe la sexualidad y reproducción por parte de los colaboradores del CICA?
- ¿Consideran que ustedes atienden de manera adecuada su salud?
- ¿Le prestan ustedes la misma atención a su salud sexual?

Patrón 10: Adaptación- tolerancia al estrés

- En una escala del 1-10, ¿cuánto estrés en promedio experimentan ustedes diariamente?
- ¿Qué estrategias han utilizado para disminuir sus niveles de estrés?

Cierre

De acuerdo con lo comentado, ¿Qué temas consideran prioritarios para mejorar los comportamientos en salud de los colaboradores del CICA?

Anexo 3. Cuestionario de estilo de vida de Nola Pender.

INSTRUCCIONES: Este cuestionario contiene oraciones acerca de su estilo de vida o hábitos personales al presente. Por favor, responda a cada oración lo más exacto posible y trate de no pasar por alto ninguna oración. Indique la frecuencia con la que usted se dedica a cada conducta o costumbre, haciendo clic en su respuesta.

Pregunta	Nunca	Algunas veces	Frecuente mente	Rutinaria mente
1. Discuto mis problemas y preocupaciones con personas allegadas.				
2. Escojo una dieta baja en grasas, grasas saturadas, y en colesterol.				
3. Informo a un doctor(a) o a otros profesionales de la salud cualquier señal inusual o síntoma extraño.				
4. Sigo un programa de ejercicios planificados.				
5. Duermo lo suficiente.				
6. Siento que estoy creciendo y cambiando en una forma positiva.				
7. Elogio fácilmente a otras personas por sus éxitos.				
8. Limito el uso de azúcares y alimentos que contienen azúcar (dulces).				
9. Leo o veo programas de televisión acerca del mejoramiento de la salud.				
10. 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).

11. Tomo algún tiempo para relajarme todos los días.

12. Creo que mi vida tiene propósito.

13. Mantengo relaciones significativas y enriquecedoras.

14. Como de 6-11 porciones de pan, cereales, arroz, o pasta (fideos) todos los días.

15. Hago preguntas a los profesionales de la salud para poder entender sus instrucciones.

16. Tomo parte en actividades físicas livianas a moderadas (tales como caminar continuamente de 30 a 40 minutos, 5 o más veces a la semana.

17. Acepto aquellas cosas en mi vida que yo no puedo cambiar.

18. Miro adelante hacia el futuro.

19. Paso tiempo con amigos íntimos.

20. Como de 2 a 4 porciones de frutas todos los días.

21. Busco una segunda opinión, cuando pongo en duda las recomendaciones de mi proveedor de servicios de salud.

22. Tomo parte en actividades físicas de recreación (tales como nadar, bailar, andar en bicicleta).

23. Me concentro en pensamientos agradables a la hora de acostarme.

24. Me siento satisfecho y en paz conmigo mismo(a).
25. Se me hace fácil demostrar preocupación, amor y cariño a otros.
26. Como de 3 a 5 porciones de vegetales todos los días.
27. Discuto mis cuestiones de salud con profesionales de la salud.
28. Hago ejercicios para estirar los músculos por lo menos 3 veces por semana.
29. Uso métodos específicos para controlar mi tensión.
30. Trabajo hacia metas de largo plazo en mi vida.
31. Toco y soy tocado(a) por las personas que me importan.
32. Como de 2 a 3 porciones de leche, yogurt, o queso cada día.
33. Examino mi cuerpo por lo menos mensualmente, por cambios físicos o señales peligrosas.
34. 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).
35. Mantengo un balance del tiempo entre el trabajo y pasatiempos.
36. Encuentro cada día interesante y retador (estimulante).

37. Busco maneras de llenar mis necesidades de intimidad.
38. Como solamente de 2 a 3 porciones de carne, aves, pescado, frijoles, huevos, y nueces todos los días.
39. Pido información de los profesionales de la salud sobre como tomar buen cuidado de mi misma(o).
40. Examino mi pulso cuando estoy haciendo ejercicios.
41. Practico relajación o meditación por 15-20 minutos diariamente.
42. Estoy consciente de lo que es importante para mí en la vida.
43. Busco apoyo de un grupo de personas que se preocupan por mí.
44. Leo las etiquetas nutritivas para identificar el contenido de grasas y sodio en los alimentos empacados.
45. Asisto a programas educacionales sobre el cuidado de salud personal.
46. Alcanzo mi pulso cardíaco objetivo cuando hago ejercicios.
47. Mantengo un balance para prevenir el cansancio.
48. Me siento unido(a) con una fuerza más grande que yo.
49. Me pongo de acuerdo con otros por medio del diálogo y compromiso.
50. Como desayuno.

51. Busco orientación o consejo cuando es necesario.

52. Expongo mi persona a nuevas experiencias y retos.

Anexo 4. Índice de Autorregulación.

Índice de Autorregulación

Instrucciones: abajo encontrará algunos enunciados que describen ciertas formas de cómo las personas piensan que se cuidan a sí mismos. A la par de cada enunciado está una escala que va, desde estar muy en desacuerdo, hasta estar muy de acuerdo. Por favor, primero lea cada uno y luego marque la respuesta que mejor describa, qué tanto usted está de acuerdo o en desacuerdo con el mismo.

Cuando vaya a responder cada enunciado, piense en algunos cambios recientes que usted haya realizado para cuidar de sí mismo, como por ejemplo dejar de fumar, hacer dieta, comenzar un programa de ejercicio, mejorar su control de emociones, meditar/orar, relajarse.

No hay respuestas buenas o malas. Por favor tome su tiempo y asegúrese de que entiende los enunciados.

Pregunta	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Muy de acuerdo
Pienso en los beneficios de cambiar las maneras de cuidarme.					
Me recuerdo a mí mismo del bien que me estoy haciendo al cambiar la manera en la que cuido de mí.					
Me recuerdo a mí mismo de la importancia de cambiar las maneras en las que cuido de mí					
Le doy seguimiento a cómo me está yendo					

cambiando las maneras
en las que cuido de mí

Observo los signos de
progreso mientras
cambio las maneras en las
que cuido de mí.

Me monitorizo para ver si
estoy cumpliendo mis
metas.

He aprendido nuevos
hábitos que me ayudan a
cuidarme.

He aprendido nuevas
maneras de abordar
viejas situaciones.

He aprendido a hacer
cambios con los que
puedo vivir.

Anexo 5. Consentimiento informado para participar del Programa de Autogestión.

Consentimiento informado: Programa de autogestión para fortalecer las habilidades de autorregulación

Nombre de la docente a cargo: Dra. Ana Laura Solano López

A. PROPÓSITO: La presente práctica dirigida forma parte de un trabajo final de graduación de las estudiantes Mariangel Hidalgo Araya, carné B43396 y Stéfany Ortiz Ramírez, carné B45086, de último año de la carrera Licenciatura en enfermería y está dirigida por la Dra. Ana Laura Solano López, docente investigadora de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica. Esta práctica dirigida pretende fortalecer las habilidades de autorregulación que influyen en la salud como: establecimiento de objetivos, pensamiento reflexivo, toma de decisiones, planeación, acción, evaluación y control de emociones, en personas funcionarias del sector universitario, específicamente en aquellas que colaboran en el CICA. Para ello se aplicará un Proceso de Enfermería que busca identificar e intervenir las necesidades en salud que el grupo tiene. El proceso se compone de 5 etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación. Este programa contará con actividades grupales que serán acordadas previamente con ustedes y la dirección y jefatura administrativa del CICA. Cada actividad tendrá una duración aproximada de una hora. Se realizarán varias sesiones a lo largo de este año y algunas de estas podrán ser virtuales. Las sesiones presenciales tendrán lugar en las instalaciones del CICA.

En la primera sesión y en la última, se le pedirá responder a una encuesta que contiene una escala de autorregulación y otra de estilos de vida, con el fin de que al finalizar la práctica se pueda realizar una comparación grupal con los resultados antes y después de los talleres realizados. Finalmente, se le entregará un cuestionario para que usted evalúe el desarrollo de la práctica dirigida y comente su experiencia durante la misma. Además de ser necesario, se realizará un grupo focal.

B. RIESGOS: El riesgo de participar en esta práctica es mínimo, sin embargo usted podría sentirse incómodo o ansioso al contestar algunas preguntas, así como en la participación de los talleres y demás actividades grupales. De presentarse esta u alguna otra

situación usted puede comunicarlo inmediatamente a la docente a cargo o a sus colaboradores y no responder a las preguntas o bien decidir no participar de una actividad o intervención. Además, en caso de que se presenten estos potenciales riesgos y usted requiera ayuda adicional, se cuenta con la Dra. Ana Laura Solano, Dra. Vivian Vilchez Barboza y MSc. Karol Blanco Rojas, que podrán darle seguimiento.

C. **BENEFICIOS:** Después de participar en esta práctica, usted, con la educación brindada, podría asumir responsabilidades de autogestión, controlando el manejo de sus comportamientos de salud a través de habilidades de autorregulación. Así mismo, podría tener mejores prácticas saludables que promuevan su bienestar a nivel laboral y personal, entre otras actividades que promuevan una mejor calidad de vida. Su participación le permitirá establecer metas, monitorear su comportamiento y progreso, así como ajustarlas en caso de ser necesario, para que con ello tenga estilos de vida más saludables que contribuyan con la promoción de su salud tanto física como mental.

D. **VOLUNTARIEDAD:** Su participación es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o retirarse del proceso en cualquier momento. Esta decisión no afectará la calidad de la atención que requiere y su retiro o falta de participación no tendrá consecuencias en su trabajo ni será castigado de alguna forma.

E. **CONFIDENCIALIDAD:** Su participación es confidencial. La información que se obtenga al realizar el Proceso de Enfermería será resguardada y a ella sólo tendrán acceso la docente a cargo y sus colaboradores. Los resultados generales de esta práctica dirigida serán presentados ante los administradores del CICA y podrían aparecer en actividades de divulgación científica, sin embargo los datos serían presentados de forma grupal y anónima.

F. **INFORMACIÓN:** Antes de dar su autorización para esta práctica usted debe haber hablado con la docente a cargo o con sus colaboradores, quienes deberán responder de manera clara y sencilla a todas las preguntas referentes a su participación. Si posteriormente usted desea recibir más información, puede obtenerla llamando a la Dra. Ana Laura Solano López al teléfono 2511-3178 en el horario 7am a 3pm.

G. Usted no perderá ningún derecho legal al firmar este documento y recibirá una copia firmada del mismo.

CONSENTIMIENTO

He leído toda la información descrita en esta fórmula antes de firmar. 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.

Anexo 6. Consentimiento informado para participar del grupo focal.

Consentimiento informado: Participación del grupo focal del Programa de autogestión para fortalecer las habilidades de autorregulación

Nombre de la docente a cargo: Dra. Ana Laura Solano López

A. **PROPÓSITO:** La presente práctica dirigida forma parte de un trabajo final de graduación de las estudiantes Mariangel Hidalgo Araya y Stéfany Ortiz Ramírez de último año de la carrera Licenciatura en Enfermería y está dirigida por la Dra. Ana Laura Solano López, docente investigadora de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica. Esta práctica dirigida pretende fortalecer las habilidades de autorregulación como: establecimiento de objetivos, pensamiento reflexivo, toma de decisiones, planeación, acción, evaluación y control de emociones en personas funcionarias del sector universitario, específicamente en aquellas que colaboran en el CICA. Para ello se aplicará un Proceso de Enfermería que busca identificar las necesidades en salud que el grupo tiene. El proceso se compone de 5 etapas: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación, por lo que como parte de la etapa de valoración se requiere realizar diferentes actividades para recolectar datos que ayuden a explorar los estilos de vida de los y las colaboradoras del CICA.

B. **¿QUÉ SE HARÁ?** Para obtener esos datos que ayudarán a establecer un diagnóstico y guiar las futuras intervenciones se requiere hacer un grupo focal, el cual consiste en una entrevista que es aplicada a un grupo, con el fin de conocer, identificar o profundizar aspectos específicos de un tema particular. Las preguntas serán basadas en varias áreas de importancia para la enfermería que tienen que ver con su salud, por ejemplo: la percepción de salud, nutrición, sueño y descanso, eliminaciones, autopercepción, roles y relaciones, sexualidad, pensamientos, manejo del estrés, y valores y creencias. Usted podrá opinar, comentar, criticar, ampliar o cuestionar las preguntas hechas o bien lo expresado por las otras personas del grupo. Este grupo focal se realizará en 1 sesión virtual por medio de la plataforma Zoom y tendrá una duración de 1 hora y 30 minutos. Los datos recopilados servirán para determinar el diagnóstico de enfermería y guiar las intervenciones que se harán en un futuro.

C. **RIESGOS:** El riesgo de participar en esta primera etapa de la práctica es mínimo, sin embargo usted podría sentirse incómodo o ansioso al contestar algunas preguntas realizadas

durante el grupo focal. De presentarse esta u alguna otra situación usted puede comunicarlo inmediatamente al profesional responsable o sus colaboradores y no responder a las preguntas o bien decidir no participar de la actividad. Además, en caso de que se presenten estos potenciales riesgos y usted requiera ayuda adicional, las enfermeras Dra. Ana Laura Solano, Dra. Vivian Vilchez Barboza y MSc. Karol Blanco Rojas podrán darle seguimiento. Su información es confidencial y será resguardada, a la misma sólo tendrán acceso las estudiantes y la directora de la práctica.

D. BENEFICIOS: Después su participación en este grupo focal, se podrán identificar las principales necesidades de los funcionarios y funcionarias del CICA, por lo que usted y sus compañeros podrán recibir en las próximas sesiones de este Programa de Autorregulación, acompañamiento y orientación en prácticas saludables que promuevan su bienestar a nivel laboral y personal.

E. VOLUNTARIEDAD: Su participación es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o retirarse del proceso en cualquier momento. Esta decisión no afectará la calidad de la atención que requiere y su retiro o falta de participación no tendrá consecuencias en su trabajo, ni será castigado de alguna forma.

F. CONFIDENCIALIDAD: Su participación es confidencial. La información brindada durante el grupo focal será grabada en audio y video, a ella sólo tendrán acceso la docente a cargo y sus colaboradoras. Los resultados generales de esta práctica dirigida posteriormente serán presentados ante los administradores del CICA y podrían aparecer en actividades de divulgación científica, sin embargo los datos serían presentados de forma grupal y anónima.

G. INFORMACIÓN: Antes de dar su autorización para esta práctica usted debe haber hablado con la profesional responsable de la práctica o con sus colaboradores, quienes deberán responder de manera clara y sencilla a todas las preguntas referentes a su participación. Si posteriormente usted desea recibir más información, puede obtenerla llamando a la Dra. Ana Laura Solano López al teléfono 2511-3178 en el horario 7am a 3pm.

H. Usted no perderá ningún derecho legal al firmar este documento.

CONSENTIMIENTO

He leído toda la información descrita en esta fórmula antes de firmar. 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.

Anexo 7. Plan de trabajo

Fecha	Actividad
Agosto, 2019	Identificar una situación de enfermería que sea de interés.
	Elegir directora del TFG: Dra. Ana Laura Solano.
	Buscar información disponible sobre la situación (revisión bibliográfica).
	Reunirse con expertos en el tema y valorar la viabilidad del mismo.
	Definir la modalidad del TFG: Práctica dirigida.
	Delimitar el tema.
	Elegir lectoras del TFG: Dra. Vivian Vílchez, Lic. Karol Blanco.
Septiembre, 2019	Buscar opciones de lugares donde se pueda desarrollar el TFG con la enfermera de la OBS.
	Elegir la teorizante de enfermería a utilizar.
	Enviar carta para aprobación del tema al comité TFG.
Octubre, 2019	Plantear objetivo general y específicos de la práctica.
	Elaborar el I capítulo: Introducción y justificación.
	Realizar correcciones del I capítulo.

	Elaborar el II capítulo: II Marco referencial.
	Realizar correcciones del II capítulo.
	Enviar carta a comisión de TFG: tema definitivo y objetivos.
	Buscar opciones de lugares donde se pueda desarrollar la práctica.
	Concretar una reunión con coordinadores de dichos lugares.
Noviembre, 2019	Reunirse con el feje administrativo del CICA para explicarle el programa y los objetivos del mismo.
	Enviar una carta para hacer la solicitud formal en el lugar donde se desarrollaría.
	Elaborar el capítulo III: Estrategias metodológicas.
	Realizar correcciones del III capítulo.
	Enviar anteproyecto.
Diciembre, 2019	Aprobación del CICA para realizar la práctica dirigida.
Enero, 2020	Realizar correcciones del anteproyecto.
Febrero, 2020	Elaborar el consentimiento informado.
	Concretar cita con la enfermera de la OBS y el director del CICA.

Marzo- Abril, 2020	Reunión con la enfermera de la OBS.
	Reunión con el administrador del CICA.
	Prueba piloto I del instrumento de valoración virtual.
	Prueba piloto II del instrumento de valoración virtual.
	Se envió la presentación del TFG a través del correo, a los funcionarios del CICA.
	Se envió por correo el consentimiento informado.
Mayo-Junio, 2020	Se envió el instrumento de valoración a los funcionarios de CICA, para la identificación de las necesidades.
	Se envió recordatorio a los participantes para completar los cuestionarios.
Julio-Agosto, 2020	Se realizó el grupo focal para la etapa de valoración.
	Establecer diagnósticos de enfermería.
Setiembre- Noviembre, 2020	Diseñar el programa de autorregulación.
	Ejecutar el programa de autorregulación.
	Evaluar el programa de autorregulación.

Noviembre- Diciembre, del 2020	Elaborar el informe final del TFG.
Enero, 2021	Enviar borrador (3 semanas antes de la defensa).
Febrero, 2021	Defensa de la práctica dirigida. Realizar las recomendaciones que dan en la defensa.
Marzo, 2021	Preparación de la publicación.
Durante el 2021	Publicación.

Anexo 8. Preguntas extra del cuestionario de estilo de vida.

1. ¿Siente que su carga de trabajo ha alterado sus hábitos intestinales (diarrea, estreñimiento, ambos)?

Posibles respuestas: Sí-No-Otras

2. ¿Con frecuencia usted tiene dolor, ardor o dificultad para orinar?

Posibles respuestas: Sí-No

3. ¿Se siente satisfecho con su sexualidad?

De acuerdo con la OMS la sexualidad puede abarcar el erotismo, vínculos afectivos, amor, sexo, género y reproducción. Su pleno desarrollo depende de la satisfacción de necesidades como: deseo de contacto, intimidad, expresión emocional, placer, ternura y amor.

Posibles respuestas: Sí-No

4. ¿Se realiza auto-exámenes para detección temprana de cáncer (mama, testículo)?

Posibles respuestas: Sí-No-Algunas veces

Anexo 9. Plantilla de automonitorización.

LISTA DE HÁBITOS

FECHA DE INICIO: _____ FECHA: _____


	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15
* _____	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
* _____	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
* _____	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
* _____	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
* _____	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●

Anexo 10. Plantilla de autoevaluación.

Revisión después de 2 semanas de que empecé con mi meta...

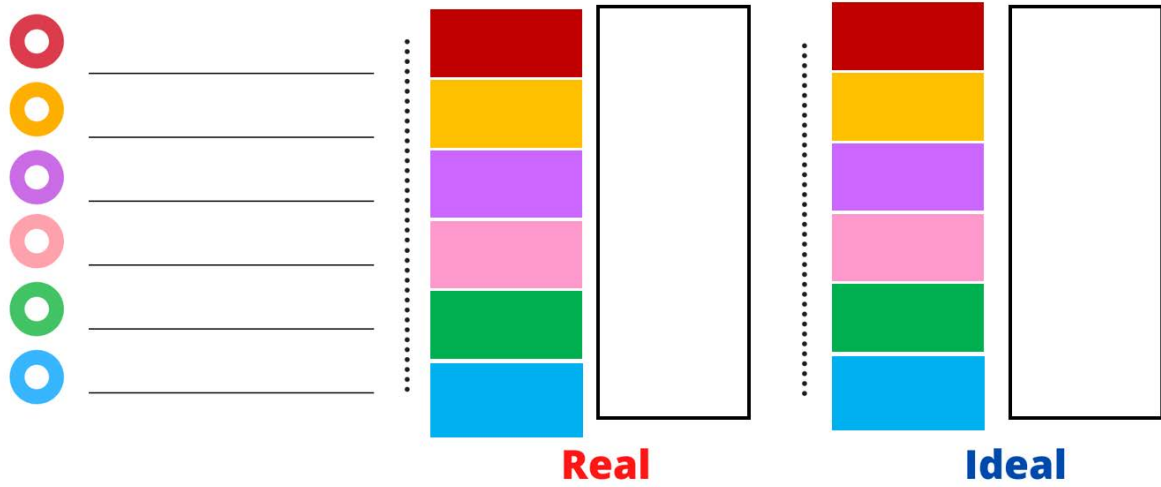
-
-
-
-
-

<p>¿QUÉ FUNCIONÓ?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>	<p>¿QUÉ NO FUNCIONÓ?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>
<p>¿QUÉ DEBO HACER MÁS?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>	<p>¿QUÉ DEBO HACER MENOS?</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>



Anexo 11. Columnas de distribución del tiempo.

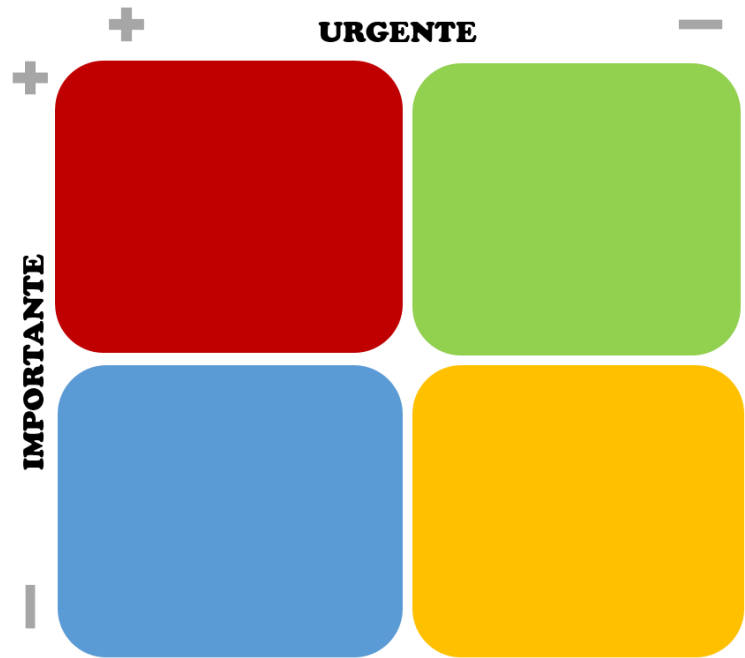
Distribución de mi tiempo



Anexo 12. Matriz de Covey.

Lista de tareas por hacer:

-
-
-
-
-
-
-
-
-
-



Anexo 13. Fases de la relajación muscular progresiva.

Fase 1. Tensión-relajación del cuerpo: la persona debe de tensionar cada grupo muscular alrededor de 10 segundos y posteriormente relajarlos por 15 segundos con un orden establecido que se cita a continuación. Se realizan 3 ciclos para cada parte del cuerpo.

- Relajación de cara, cuello y hombros
 - Frente: arrugar la frente y relajar
 - Ojos: cerrar los ojos ejerciendo presión y relajar
 - Nariz: arrugar la nariz y relajar
 - Boca: apretar los labios y relajar
 - Mandíbula: tensionar la mandíbula y relajar
 - Cuello: rotar cuello hacia atrás y hacia los lados y relajar
 - Hombros: elevar los hombros y volver la posición original
- Relajación de brazos y manos
- Relajación de muslos, pantorrillas y pies.
- Relajación de glúteos, abdomen y región lumbar

Fase 2. Repaso: La persona debe repasar mentalmente cada parte del cuerpo, manteniendo la respiración diafragmática y relajar las zonas en las que aún identifique tensión.

Fase 3. Respiración: Realizar 10 ciclos de respiraciones diafragmáticas, inspirando por la nariz y exhalando por la boca. Al finalizar, abrir lentamente los ojos.

Anexo 14. Terapia de relajación.

Guía de Automasaje

Antes de iniciar con el masaje, recuerde realizar 3 respiraciones profundas.
Cara y Cabello: Puede realizar estos ejercicios iniciales acostado o sentado.

Divida su frente en 3 líneas horizontales, inicie en la franja superior, cerca del nacimiento del cabello, coloque las yemas de sus dedos en el centro y deslicelas en direcciones opuestas haciendo leve presión hasta llegar a las sienes, termine ahí haciendo un círculo. Repita el movimiento anterior en la segunda y tercer franja imaginaria.



Órbita de los ojos: presione por 1 segundo con la yema de sus dedos índices el borde óseo de la nariz, luego levante los dedos y desplácelos 1cm, vuelva a hacer presión. Continúe desplazando los dedos 1 cm y ejerciendo presión en el borde de los ojos hasta llegar al extremo exterior del ojo. Repetir: hacerlo en la parte superior e inferior de cada ojo.

Coloque las yemas de los dedos cerca de la nariz, en el borde inferior del pómulos, presione firmemente y deslice sus dedos en dirección a las orejas, finalmente vuelva a la sien y realice un círculo. Repetir

Coloque las yemas de sus dedos en el bigote, deslice los dedos hacia los lados, pasando por las mejillas, al llegar a las sienes termine con un círculo.

Repita el mismo movimiento, esta vez iniciando entre la boca y en mentón, comience en el centro y termine en las sienes.

Termine realizando el mismo movimiento siguiendo el contorno de la mandíbula, nuevamente, finalice con el círculo en las sienes.

Orejas: deslice los dedos en ambas direcciones en el borde posterior de las orejas. Luego, pellizque suavemente con los dedos índice y pulgar el borde externo de la oreja y el lóbulo.

Con ambas palmas de las manos, cubra su rostro, permanezca en esta posición unos segundos y después desplácelas suavemente hacia los lados, pasando encima de las orejas. A continuación, presione con las manos, cerciórese de que no se cubran las orejas.

En el caso del cabello, aplicar una prolongada y vigorosa fricción.

Cuello y parte superior de la espalda: Acostarse de espaldas. Presionar con fuerza a ambos lados de la columna vertebral, mover las puntas de los dedos haciendo compresión, primero hacia abajo y luego hacia los lados.



Posteriormente, siéntese y deje caer su cabeza hacia adelante. Presione con la yema de los dedos con fuerza y haga pequeños movimientos circulares en ambos lados de la columna.

Seguidamente, levante la cabeza y relaje el hombro y brazo de un lado. Con los dedos presione y recorra lentamente, primero desde el hombro hacia la columna y luego hacia abajo.

Pecho: sentado o acostado amase y presione con las puntas de los dedos la zona.

Abdomen: realice un movimiento circular del lado derecho al izquierdo, puede presionar y amasar suavemente con las puntas de los dedos.



Parte central e inferior de la espalda: con las puntas de los pulgares, presione contra los lados de la columna, de abajo hacia arriba. Presione con fuerza alrededor de 5 segundos, deslice los dedos hacia arriba y presione nuevamente. Ascienda hasta donde le sea posible.



Piernas (1).
cama

Piernas: sentado con las piernas extendidas, amase y presione las piernas con las puntas de los dedos.

Posteriormente, acuéstese de espaldas y eleve las piernas apoyándolas contra una pared o mueble. Baje uno de los pies (como se muestra en la imagen) y amáselo y comprímalo, desde el pie hasta la pierna. Repetir las veces que desee y cambiar de pierna.

Pies: Sentado, apoye un pie sobre el muslo opuesto. En esta posición masajee todo el pie, incluyendo los dedos.

Finalice con 3 respiraciones profundas.

Recuerde: puede incorporar esta estrategia en su rutina para antes de dormir. También puede escuchar música relajante mientras lo realiza o utilizar aceite de lavanda.



Anexo 15. Ejemplos de meriendas saludables.

- Yogurt natural con fruta y granola
- Galletas de arroz con mermelada de fruta + 1 cajita de leche
- Pancakes de avena con fruta
- Avena con leche y canela (se deja reposar) y antes de comer agregar fruta
- Tostada con queso + batido verde con piña
- Galleta+ yogurt natural + fruta
- Palomitas naturales + yogurt natural con fruta
- Galletas de arroz con mantequilla de maní + fruta + 1 cajita de leche
- Sándwich tostado con jamón, queso y vegetales + jugo de fruta natural
- Palitos de zanahoria y pepino con limón y sal + galleta con queso y jamón
- Pudding chía: leche, chía, 1/2 cucharadita de cacao 100%, canela y banano en trozos
- Galletas de arroz con mantequilla de maní y rodajas de manzana + 1 cajita de leche
- Tostada con frijoles, queso y aguacate
- Tostada con queso, tomate y albahaca
- Batido de leche con cacao 100% y vainilla + galleta + fruta
- Tostada con huevo, queso y vegetales
- Tortillas con frijoles molidos y queso + fruta

Anexo 16. Guía de pausas activas (157).

TEC | Tecnológico de Costa Rica

PAUSAS ACTIVAS: DOCENTES & FUNCIONARIOS PARA OFICINAS

Rutina de ejercicios para la elongación de diferentes grupos musculares y la movilidad articular.

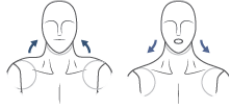
REALIZACIÓN
Períodos cortos de tiempo en la jornada laboral.

FIN
Activar la respiración, circulación sanguínea, energía corporal y prevenir lesiones micro-traumáticas.

ergo TEC | laboratorio de ergonomía aplicada

UCR | Escuela de Terapia Física

1 Respiraciones profundas de pie. Inhale por la nariz mientras eleva los brazos y exhale por la boca mientras los descende.



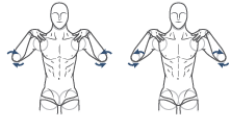
Frecuencia: 3 veces al día
Repetición: 1 vez
Duración: 3 respiraciones

2 De pie, gire su cabeza hacia el lado derecho y descienda su cabeza hasta mirar el suelo manteniendo la rotación inicial.



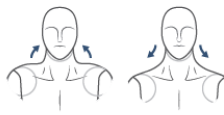
Frecuencia: 3 veces al día
Repetición: 1 vez
Duración: 15 s

3 De pie, coloque sus manos sobre sus hombros. Dibuje pequeños círculos con sus codos.



Frecuencia: 3 veces al día
Repetición: 1 vez
Duración: 8 giros x2 lados

4 De pie, eleve sus hombros intentando tocar sus orejas. Luego relaje mientras los descende.



Frecuencia: 3 veces al día
Repetición: 1 vez
Duración: 15 s

5 Coloque su mano derecha en su cadera izquierda por delante de su cuerpo. Gire el tronco, y mantenga la mirada hacia atrás.



Frecuencia: 3 veces al día
Repetición: 1 vez
Duración: 15 s cada lado

6 Levante el brazo y con la mano contraria, empuje la palma hacia usted. Luego, empuje el dorso de la mano hacia usted.



Frecuencia: 3 veces al día
Repetición: 1 vez
Duración: 15 s cada lado

TEC | Tecnológico de Costa Rica

PAUSAS ACTIVAS: DOCENTES & FUNCIONARIOS PARA OFICINAS

Rutina de ejercicios para la elongación de diferentes grupos musculares y la movilidad articular.

REALIZACIÓN
Períodos cortos de tiempo en la jornada laboral.

FIN
Activar la respiración, circulación sanguínea, energía corporal y prevenir lesiones micro-traumáticas.

ergo TEC | laboratorio de ergonomía aplicada

UCR | Escuela de Terapia Física

7 Cruce una pierna por delante de la otra y flexione su tronco intentando tocar el suelo con sus manos.



Frecuencia: 3 veces al día
Repetición: 1 vez
Duración: 15 s cada pierna

8 Coloque una silla y descance su rodilla derecha sobre el asiento, doble ligeramente la rodilla de la pierna de apoyo, manteniendo el pie apoyado en el piso.



Frecuencia: 3 veces al día
Repetición: 1 vez
Duración: 15 s cada pierna

9 Incline su tronco hacia adelante recorriendo sus piernas con las manos hasta llegar a los tobillos. Luego, abraze sus piernas.



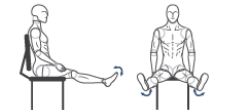
Frecuencia: 3 veces al día
Repetición: 1 vez
Duración: 15 s

10 Cruce su pierna derecha sobre la izquierda. Luego, inclínesse hacia adelante intentando tocar el suelo con las manos.



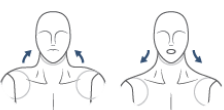
Frecuencia: 3 veces al día
Repetición: 1 vez
Duración: 15 s cada pierna

11 Separe ambos pies del piso. Seguidamente mueva los tobillos hacia arriba y hacia abajo, y de un lado al otro.



Frecuencia: 3 veces al día
Repetición: 8 veces
Duración: 1 s

12 Sentado tome una respiración profunda llevando los hombros hacia arriba cuando inhala y baje los lentamente mientras exhala.



Frecuencia: 3 veces al día
Repetición: 1 vez
Duración: 3 respiraciones

Anexo 17. Autoexamen de mama.

PASOS

AUTOEXAMEN DE MAMA

RECOMENDACIONES

- En el caso de mujeres que menstrúan se debe realizar una semana después del inicio de su menstruación.
- En el caso de hombres y mujeres en la etapa de la menopausia es recomendable elegir un día fijo de cada mes para realizárselo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Sardiñas Ponce, R. (2009). Autoexamen de mama: un importante instrumento de prevención del cáncer de mama en atención primaria de salud. Revista Habanera de Ciencias Médicas, 8(3), 0-0. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v8n3/rhcm05309.pdf>

INSPECCIÓN

- Se realiza examinando atentamente cada uno de ellos, comparándolos frente a un espejo,
 - Observar tamaño y posición: se debe vigilar cambios en la textura de la piel (pliegues, huecos y demás) o eczemas alrededor del pezón; desviación o retracción del pezón así como salida de secreciones.
- Este procedimiento debe realizarse con los brazos extendidos sobre los costados y posteriormente con los brazos levantados sobre la cabeza.

PALPACIÓN

- Se realiza preferiblemente en decúbito, colocando una almohadilla bajo la espalda en la región del seno a explorar.
 - La palpación del seno derecho se realiza con la mano izquierda y el seno izquierdo con la mano contralateral.
- Con la yema de los dedos y con una presión moderada se inicia la exploración siguiendo la dirección de las manecillas del reloj o en forma de zig-zag, buscando nodulaciones pequeñas.
- La palpación deberá profundizarse hasta la región axilar de cada lado.

Anexo 18. Autoexamen de testículo.

Autoexamen de testículo

RECOMENDACIONES

Se recomienda realizar al menos una vez al mes y durante o después de ducharse con agua caliente.

PASOS

1. Examina un testículo a la vez y recuerda apartar el pene.
2. Toma con tu dedo pulgar e índice de una mano la parte superior del testículo.
3. Mientras que con la otra mano, utilizando tu dedo pulgar, índice y mayor palpas todo alrededor del testículo. Luego realiza lo mismo con el otro testículo.
4. Puedes sentir un cordón blando (el epidídimo), que puede doler un poco si lo aprietas fuerte, que está ubicado en posición posterosuperior de cada testículo.
5. Cuando palpas cada uno de los testículos, trata de detectar bultos o protuberancias.
6. Si notas algún tipo de hinchazón, bulto o cambio con el control previo, así como cambio de coloración debes concurrir al médico para que sean evaluados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Hospital Alemán Asociación Civil. (s.f.). Autoexamen testicular. Recuperado de <https://www.hospitalaleman.org.ar/hombres/autoexamen-testicular/>

Anexo 19. Información para evaluar los indicadores.

Diagnóstico	NOC	Indicadores	¿Dónde?
[00177] Estrés por sobrecarga relacionado con recursos insuficientes y estresores.	[1302] Afrontamiento de problemas	[130204] Refiere disminución de estrés	Preguntas del grupo focal. En una escala del 1-10, ¿con cuánto evaluarían sus niveles de estrés actualmente?
		[130210] Adopta conductas para reducir el estrés	Subescala manejo del estrés del cuestionario estilo de vida.
		[130216] Refiere disminución de los síntomas físicos de estrés	Grupo focal y preguntas extra de estilo de vida. ¿Siente que su carga de trabajo ha alterado sus hábitos intestinales (diarrea, estreñimiento, ambos)?
			¿Consideran que sus tensiones musculares han disminuido?
	[0906] Toma de decisiones	[90602] Identifica alternativas	p.8 del índice de autorregulación y durante la 1er sesión. 8. He aprendido nuevas maneras de abordar viejas situaciones.
		[90609] Escoge entre varias alternativas	p.8 del índice de autorregulación.

			8. He aprendido nuevas maneras de abordar viejas situaciones.
	[2011] Estado de comodidad: psicoespiritual	[201108] Establecer objetivos	p.30 del cuestionario de estilo de vida. 30. Trabajo hacia metas de largo plazo en mi vida
	[1635] Gestión del tiempo personal	[163509] Planifica las actividades de la semana.	Durante la sesión 2 y en el grupo focal. ¿Ha mejorado la planificación de sus actividades? ¿Cómo lo hacen?
		[163515] Minimiza las interrupciones	Durante la sesión 2 y en el grupo focal. ¿Han logrado realizar cambios para minimizar las interrupciones en su vida diaria?
[00184] Disposición para mejorar la toma de decisiones.	[1600] Conducta de adhesión	[160009] Refiere el uso de estrategias para optimizar al máximo la salud	Subescala responsabilidad de la salud del cuestionario de estilo de vida y sesión 6. ¿Consideran que ahora tienen más estrategias para mejorar su salud?
		[160014] Realiza automonitorización	Subescala monitorización del comportamiento del índice de autorregulación y durante las sesiones. Le doy seguimiento a cómo me está yendo cambiando las

		maneras en las que cuido de mí.
		Me monitorizo para ver si estoy cumpliendo mis metas.
[1700] Creencias sobre la salud	[170007] Mejora en el estilo de vida percibida tras una acción	Subescala control de estímulos del índice de autorregulación. Cuestionario de estilo de vida y sesión 6.
[1309] Resiliencia personal	[130902] Utiliza estrategias de afrontamiento efectivas	Subescala manejo del estrés del cuestionario estilo de vida.
	[130916] Progresa hacia los objetivos	p.6 y p.30 del cuestionario de estilo de vida y p.5 del índice de autorregulación. 6. Siento que estoy creciendo y cambiando en una forma positiva. 30. Trabajo hacia metas de largo plazo en mi vida. 5. Observo los signos de progreso mientras cambian las maneras en las que cuido de mí.
[0906] Toma de decisiones	[90602] Identifica alternativas	p.8 del índice de autorregulación y durante la 1er sesión. 8. He aprendido nuevas maneras de abordar viejas situaciones.

		[90609] Escoge entre varias alternativas	<p>p.8 del índice de autorregulación y durante la sesión 6.</p> <p>8. He aprendido nuevas maneras de abordar viejas situaciones.</p> <p>¿Consideran que tienen más herramientas para tomar mejores decisiones relacionadas con la salud?</p>
	[1302] Afrontamiento de problemas	[130204] Refiere disminución de estrés	<p>Durante el grupo focal.</p> <p>En una escala del 1-10, ¿cuánto evaluarían sus niveles de estrés actualmente?</p>
		[130210] Adopta conductas para reducir el estrés.	Subescala manejo del estrés del cuestionario estilo de vida.
		[130216] Refiere disminución de los síntomas físicos de estrés	<p>Durante el grupo focal y preguntas extra de estilo de vida.</p> <p>¿Siente que su carga de trabajo ha alterado sus hábitos intestinales (diarrea, estreñimiento, ambos)?</p>
[00069] Afrontamiento ineficaz relacionado con recursos inadecuados y estrategias de liberación de la tensión ineficaces.	[2013] Equilibrio en el estilo de vida	[201310] Utiliza la gestión del tiempo en la rutina diaria	<p>Durante la sesión 2 y 6.</p> <p>¿Han estado planificando la distribución de su tiempo o controlando más en qué lo invierten? Si se pusieran a comparar a como lo hacían antes de la sesión que tuvimos acerca de esto.</p>

	[0004] Sueño	[403] Patrón del sueño	p.5 del cuestionario de estilo de vida. 5. Duermo lo suficiente.
	[1700] Creencias sobre la salud	[170007] Mejora en el estilo de vida percibida tras una acción	Subescala de control de estímulos del índice de autorregulación.
[00187] Disposición para mejorar el poder.	[1309] Resiliencia personal	[130916] Progresión hacia los objetivos	p.5 del índice de autorregulación y p.6, 30 del cuestionario de estilo de vida. 5. Observo los signos de progreso mientras cambio las maneras en las que cuido de mí. 6. Siento que estoy creciendo y cambiando en una forma positiva. 30. Trabajo hacia metas de largo plazo en mi vida.
[00163] Disposición para mejorar la nutrición.	[1621] Conducta de adhesión: dieta saludable	[162101] Establece objetivos dietéticos alcanzables	Subescala de nutrición del cuestionario de estilo de vida.
		[162107] Selecciona alimentos basándose en la información nutricional de las etiquetas	p.44 del cuestionario de estilo de vida. 44. Leo las etiquetas nutritivas para identificar el contenido de grasas y sodio en los alimentos empacados.
		[162111] Come las raciones de fruta	p.20 del cuestionario de estilo de vida.

	recomendadas cada día	20. Como de 2 a 4 porciones de frutas todos los días.
	[162116] Mantiene la hidratación	Durante el grupo focal y en la sesión 6. ¿Consideran que han aumentado la cantidad de agua o líquidos que consumen?
	[1700] Creencias sobre la salud	[170007] Mejora en el estilo de vida percibida tras una acción
	[1309] Resiliencia personal	[130902] Utiliza estrategias de afrontamiento efectivas
[00212] Disposición para mejorar la resiliencia.		Subescala control de estímulos del índice de autorregulación. p. 1, 17, 18, 24, 43, 49 del cuestionario de estilo de vida. 1. Discuto mis problemas y preocupaciones con personas allegadas. 17. Acepto aquellas cosas en mi vida que yo no puedo cambiar. 18. Miro adelante hacia el futuro 24. Me siento satisfecho y en paz conmigo mismo(a). 43. Busco apoyo de un grupo de personas que se preocupan por mí. 49. Me pongo de acuerdo con otros por medio del diálogo y compromiso.

	[130916] Progresa hacia los objetivos	p.5, 6 del índice de autorregulación y p.30 del cuestionario de estilo de vida. 5. Observo los signos de progreso mientras cambio las maneras en las que cuido de mí. 6. Me monitorizo para ver si estoy cumpliendo mis metas. 30. Trabajo hacia metas de largo plazo en mi vida.
	[130917] Utiliza estrategias para potenciar la salud	Cuestionario de estilo de vida.
[00182] Disposición para mejorar el autocuidado.	[2002] Bienestar personal [200207] Capacidad de afrontamiento	p. 1, 18, 19, 24, 43, 49 del cuestionario de estilo de vida. 1. Discuto mis problemas y preocupaciones con personas allegadas. 18. Miro adelante hacia el futuro 19. Paso tiempo con amigos íntimos. 24. Me siento satisfecho y en paz conmigo mismo(a). 43. Busco apoyo de un grupo de personas que se preocupan por mí. 49. Me pongo de acuerdo con otros por medio del diálogo y compromiso.

	[200208] Capacidad de relax	Subescala manejo del estrés del cuestionario de estilo de vida.
[1603] Conducta de búsqueda de la salud	[160303] Realiza autodetección	Subescala monitoreo del comportamiento, p.30, 33 del cuestionario de estilo de vida y preguntas extra de estilo de vida. 30. Trabajo hacia metas de largo plazo en mi vida. 33. Examina su cuerpo por lo menos mensualmente, por cambios físicos o señales peligrosas. ¿Se realiza auto-exámenes para detección temprana de cáncer (mama, testículo)?
	[160314] Realiza conductas de salud por iniciativa propia	Cuestionario de estilo de vida, subescala de responsabilidad de la salud y durante el grupo focal. ¿Considera que últimamente ha realizado conductas de salud por iniciativa propia? ¿Cuáles?
