

**Universidad de Costa Rica**

**Facultad de Medicina**

**Escuela de Enfermería**

**Las habilidades de autorregulación y su relación con los comportamientos de autogestión  
en personas adultas.**

Trabajo Final de Graduación en modalidad de Seminario de Graduación para optar por el grado  
de Licenciatura en Enfermería

**Postulantes**

María Fernanda Sánchez Zárte B66656

Alexander Steven Sandí Corrales B66682

Sergio David López Castrillo B63909

**Comité asesor:**

Dra. Ana Laura Solano López, Directora.

Dra. Vivian Vílchez Barboza, Lectora.

Lic. Jerick Andrade Espinales, Lector.

**Ciudad Universitaria Rodrigo Facio**

**2022**



## ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN

Sesión del Tribunal Examinador, celebrada el día **07 de febrero 2022**, con el objeto de recibir el informe oral del (la) estudiante **María Fernanda Sánchez Zarate**, carné **B66656** quien se acoge al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación, bajo la modalidad de **Seminario**, para optar el grado de **Licenciada en Enfermería**.

Están presentes los (las) siguientes miembros del Tribunal:

Ana Laura Solano López, Directora  
Vivian Vilchez Barboza, Lectora  
Jerick Andrade Espinales, Lector  
Daniel Martinez Esquivel, Quinto miembro  
Johnny Alvarado Sojo, Preside

### ARTICULO 1

El (la) Presidente informa que el expediente de **María Fernanda Sánchez Zarate** 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 **María Fernanda Sánchez Zarate**, hace la exposición oral de su trabajo final de graduación, titulado: **“Las habilidades de autorregulación y su relación con los comportamientos de autogestión en personas adultas.”**

### 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  
07 de febrero 2022

#### ARTICULO 4

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

Aprobado con distinción

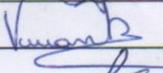
#### ARTICULO 5

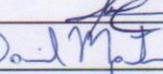
El (la) Presidente del Tribunal comunica al Postulante el resultado de la deliberación y lo (a) declara acreedor (a) al grado de **Licenciada en Enfermería**.

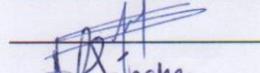
Se le indica la obligación de presentarse al acto público de juramentación, al que será oportunamente convocado(a).

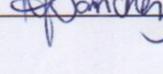
Se da lectura al acta, que firman los (las) Miembros del Tribunal y el (la) Postulante, a las **doce** horas.

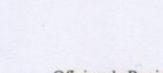
  
\_\_\_\_\_  
Ana Laura Solano López, Directora

  
\_\_\_\_\_  
Vivian Vilchez Barboza, Lectora

  
\_\_\_\_\_  
Jerick Andrade Espinales, Lector

  
\_\_\_\_\_  
Daniel Martinez Esquivel, Quinto miembro

  
\_\_\_\_\_  
Johnny Alvarado Sojo, Preside

  
\_\_\_\_\_  
Postulante

Cc Oficina de Registro  
Expediente  
Postulante

SELLO \_\_\_\_\_





## ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN

Sesión del Tribunal Examinador, celebrada el día **07 de febrero 2022**, con el objeto de recibir el informe oral del (la) estudiante **Alexander Steven Sandí Corrales**, carné **B66682** quien se acoge al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación, bajo la modalidad de **Seminario**, para optar el grado de **Licenciado en Enfermería**.

Están presentes los (las) siguientes miembros del Tribunal:

Ana Laura Solano López, Directora  
Vivian Vilchez Barboza, Lectora  
Jerick Andrade Espinales, Lector  
Daniel Martínez Esquivel, Quinto miembro  
Johnny Alvarado Sojo, Preside

### ARTICULO 1

El (la) Presidente informa que el expediente de **Alexander Steven Sandí Corrales** 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 **Alexander Steven Sandí Corrales**, hace la exposición oral de su trabajo final de graduación, titulado: **“Las habilidades de autorregulación y su relación con los comportamientos de autogestión en personas adultas.”**

### 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  
07 de febrero 2022

#### ARTICULO 4

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

Aprobado con distinción

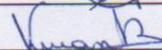
#### ARTICULO 5

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

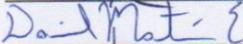
Se le indica la obligación de presentarse al acto público de juramentación, al que será oportunamente convocado(a).

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

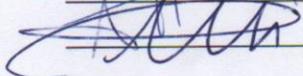
  
\_\_\_\_\_  
Ana Laura Solano López, Directora

  
\_\_\_\_\_  
Vivian Vilchez Barboza, Lectora

  
\_\_\_\_\_  
Jerick Andrade Espinales, Lector

  
\_\_\_\_\_  
Daniel Martinez Esquivel, Quinto miembro

  
\_\_\_\_\_  
Johnny Alvarado Sojo, Preside

  
\_\_\_\_\_  
Postulante

Cc Oficina de Registro  
Expediente  
Postulante

SELLO \_\_\_\_\_





## ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN

Sesión del Tribunal Examinador, celebrada el día **07 de febrero 2022**, con el objeto de recibir el informe oral del (la) estudiante **Sergio David López Castrillo**, carné **B63909** quien se acoge al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación, bajo la modalidad de **Seminario**, para optar el grado de **Licenciado en Enfermería**.

Están presentes los (las) siguientes miembros del Tribunal:

Ana Laura Solano López, Directora  
Vivian Vílchez Barboza, Lectora  
Jerick Andrade Espinales, Lector  
Daniel Martínez Esquivel, Quinto miembro  
Johnny Alvarado Sojo, Preside

### ARTICULO 1

El (la) Presidente informa que el expediente de **Sergio David López Castrillo** 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 **Sergio David López Castrillo**, hace la exposición oral de su trabajo final de graduación, titulado: **“Las habilidades de autorregulación y su relación con los comportamientos de autogestión en personas adultas.”**

### 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  
07 de febrero 2022

#### ARTICULO 4

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

Aprobado con distinción

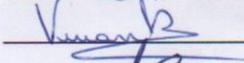
#### ARTICULO 5

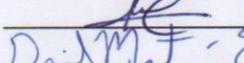
El (la) Presidente del Tribunal comunica al Postulante el resultado de la deliberación y lo (a) declara acreedor (a) al grado de **Licenciado en Enfermería**.

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 **doce** horas.

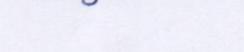
  
\_\_\_\_\_  
Ana Laura Solano López, Directora

  
\_\_\_\_\_  
Vivian Vilchez Barboza, Lectora

  
\_\_\_\_\_  
Jerick Andrade Espinales, Lector

  
\_\_\_\_\_  
Daniel Martinez Esquivel, Quinto miembro

  
\_\_\_\_\_  
Johnny Alvarado Sojo, Preside

  
\_\_\_\_\_  
Postulante

Cc Oficina de Registro  
Expediente  
Postulante

SELLO \_\_\_\_\_



## Dedicatoria

Dedico este trabajo a **Dios**, por darme la vocación y el amor por la enfermería, y por bendecirme cada día de mi vida.

A mi amado **hijo** Daniel, que es la luz de mis días y el amor de mi vida. Él me ha enseñado que el amor todo lo puede y que los obstáculos no parecen tan grandes cuando se va acompañado. Gracias hijo por llenarme de motivación todos los días.

A mí **compañero de vida** Abraham, porque me has visto crecer, madurar y nos hemos amado muchísimo en estos casi 8 años que tenemos de compartir nuestras aventuras juntos. Gracias por construir tantas cosas a mi lado y formar día a día nuestra familia.

A mí **mami** Sandra, porque a ti te debo todo lo que soy y te dedico todo lo que he logrado. Siempre me has amado, me has cuidado, te has sentido orgullosa de mi; y has sido una madre maravillosa durante estos 23 años. A mi **abuela** Ana, por adoptarme como una hija suya y cuidarme desde siempre.

A mi **tío** Alfredo, quien en enero descansó de una ardua batalla contra el cáncer; pero nunca dejó de amarnos y siempre creyó que sería la mejor enfermera del mundo. Gracias por enseñarme la importancia de la familia, y por siempre cuidarnos.

A mi **abuelo** Jaime, porque sé que desde el cielo me ves con ojos de amor y te sientes orgulloso de todo lo que he logrado durante estos 10 años, cuando partiste de este mundo. A mi **familia** en general, por ser la parte más importante de mi vida y forjarme en quién soy.

A mis inseparables **amigos**, porque siempre me sacaron una sonrisa y nunca me dejaron caer. Gracias por compartir a mi lado todos estos años y por enseñarme tantas cosas. Alex, Sofi, Tefa, Leo, Sergio, Edder, los voy a llevar siempre en mi corazón.

*María Fernanda Sánchez*

## Dedicatoria

A lo largo de la vida me han acompañado personas increíbles que han iluminado mi camino y hoy quiero dedicar este trabajo a ellos, porque cada enseñanza, por pequeña que sea, me ha marcado para ser quien soy actualmente. Es indiscutible que el conocimiento nos transforma, pero más calan en el cambio esas acciones que nos muestran cómo ser una persona más humanizada, razón por la cual elegí esta profesión.

Quiero dar gracias a **Dios** por estar siempre ahí y demostrarme que la existencia tiene sentido si se vive junto a Él. A la **vida** por permitirme estudiar enfermería y hacerlo en la Universidad de Costa Rica, la cual me cambió.

También agradezco a mi **abuela** amada que nunca me ha abandonado y siempre ha estado ahí para mí en todo, a mi **familia** en general y a mis **madres adoptivas** que me han impulsado a continuar para lograr mi formación académica.

Y, por último, agradezco a mis **amigos**, en especial a Fer y a Sergio... juntos logramos terminar este proceso después de tantas luchas; Fer, sos una amiga incondicional y vos sabés cuánto te adoro; Sergio, gracias por tantas aventuras juntos.

Todos forman parte de mí, me han hecho una mejor persona y han estado ahí en distintos momentos de mi vida; definitivamente me han marcado. Gracias infinitamente porque me siento completo al saber que en mi existencia hay tantas personas importantes.

*Alexander Sandí Corrales*

## Dedicatoria

Este trabajo se lo dedicó con mucho amor y cariño a mi **madre** por estar siempre a mi lado alentándome a finalizar la carrera, sin importar que tan cuesta arriba pudiera ponerse esta; a mi **padre** por ser parte de mi formación académica desde el inicio; a mi **hermana** por siempre preocuparse que no me faltara nada tanto en lo académico como en lo personal y de igual forma por el aliento y el sentimiento de preocupación en los momentos difíciles durante mi formación profesional; a mi **sobrino**, porque sin saberlo aún, me motiva a ser una mejor versión de mí mismo que me conduzca a ser un modelo a seguir durante su crecimiento y el resto de su vida. A todos, los amo con mi corazón.

A mi **universidad** por permitirme formarme no sólo como profesional sino también integralmente como ser humano dentro de ella.

Y finalmente a **aquellas amigas y aquellos amigos** que formaron y forman parte de mi vida durante todo el proceso académico, en especial a las dos personas que formaron equipo conmigo durante esta investigación, pues sin ellas mi vida estaría un poco menos completa.

*Sergio López Castrillo*

## **Reconocimientos y Agradecimientos**

A la **Universidad de Costa Rica** y a la **Escuela de Enfermería** que nos permitió formarnos en sus aulas y nos brindó grandes profesionales para educarnos y entre estos la doctora **Ana Laura Solano**, quien nos brindó su conocimiento y su gran apoyo para realizar esta investigación, y, además, fue un pilar esencial en nuestro proceso de formación.

A todos los **participantes** de esta investigación porque tomaron de su tiempo para ser parte de la misma, y nos brindaron los datos necesarios para realizar el proyecto.

A nuestras **familias, amigos, compañeros, profesores** y demás, que son parte de nuestro día a día y que fueron esenciales para poder concluir con éxito tanto este trabajo, como toda nuestra formación académica. Ustedes fueron y serán pilares fundamentales y sus enseñanzas y las experiencias vividas nos acompañarán siempre.

*Alexander Sandí, María Fernanda Sánchez y Sergio López*

## Índice General

Capítulo I: Introducción.....	1
1.1 Introducción .....	2
1.2 Justificación .....	4
1.2.1 El Problema y su Importancia .....	4
1.3 Pregunta .....	12
1.3.1 Sub Preguntas.....	12
1.4 Objetivos .....	12
1.4.1 Objetivo General.....	12
1.4.2 Objetivos Específicos.....	12
1.5 Hipótesis.....	12
Capítulo II: Marco Referencial .....	13
2.1 Marco Teórico.....	15
2.1.1 Substrucción Teórica.....	18
2.2 Marco conceptual.....	19
2.2.1 Autogestión .....	19
2.2.2 Autorregulación .....	21
2.2.3 Persona adulta .....	25
2.3 Marco Empírico .....	26
2.3.1 Autorregulación .....	27
2.3.2 Autogestión .....	40
2.3.3 Síntesis del Marco Empírico .....	52
Capítulo III: Marco Metodológico .....	55
3.1 Modalidad .....	56
3.2 Diseño .....	56
3.3 Población y muestra .....	56
3.3.1 Muestra.....	56
3.3.2 Criterios de inclusión y exclusión.....	57
3.3.3 Tamaño de la muestra .....	57
3.3.4 Lugar de la investigación .....	58
3.4 Sistema de variables.....	59
3.5 Técnicas de Recolección de Datos e Instrumentos Utilizados.....	69

3.5.1 Escala de Estilo de Vida Promotor de Salud II (Health-Promoting Lifestyle Profile II (HPLP II).....	71
3.5.2 Escala Índice de Autorregulación (Index of Self- Regulation IRS) .....	73
3.5.3 Procedimientos para la recolección y manejo de datos.....	74
3.6 Análisis de Datos .....	76
3.7 Consideraciones éticas de la investigación.....	79
3.7.1 Principios éticos .....	80
Capítulo IV: Resultados.....	83
4.1 Datos Generales .....	84
4.2 Variables Principales.....	88
4.2.1 Habilidades de Autorregulación.....	89
4.2.2 Comportamientos de autogestión.....	90
4.3 Correlaciones .....	94
Capítulo V: Discusión.....	98
5.1 Aspectos Generales .....	99
5.2 Habilidades de Autorregulación.....	101
5.3 Comportamientos de Autogestión.....	105
5.4 Asociaciones .....	108
5.4.1 Habilidades de Autorregulación y Comportamientos de Autogestión .....	108
5.4.2 Asociación entre Variables y sus Dimensiones .....	113
5.4.2.1 Autorregulación y Actividad Física .....	113
5.4.2.2 Autorregulación y Manejo del Estrés .....	117
5.4.2.3 Autorregulación y Relaciones Interpersonales .....	120
5.4.2.4 Autorregulación y Nutrición .....	123
5.4.2.5 Autorregulación y Crecimiento Espiritual .....	126
5.4.2.6 Autorregulación y Responsabilidad en Salud .....	129
5.4.2.7 Comportamientos de Autogestión y Monitoreo Conductual .....	129
5.4.2.8 Comportamientos de Autogestión y Control de Estímulos.....	130
5.4.2.9 Comportamientos de Autogestión y Reacondicionamiento.....	131
5.5 Limitaciones.....	132
5.6 Conclusiones .....	133
5.7 Recomendaciones.....	134
7. Referencias Bibliográficas .....	137

8. Anexos .....	153
Anexo 1: Cuestionario de Características Demográficas .....	153
Anexo 2: Escala HPLP II .....	155
Anexo 3: Índice de Autorregulación (IRS) .....	157
Anexo 4: Consentimiento Informado .....	159

## Índice tablas

<b>Tabla 1</b> <i>Sistema de Variables: Características Sociodemográficas</i> .....	60
<b>Tabla 2</b> <i>Sistema de Variables: Comportamientos de Autogestión</i> .....	61
<b>Tabla 3</b> <i>Sistema de Variables: Habilidades de autorregulación</i> .....	67
<b>Tabla 4</b> <i>Frecuencia absoluta y relativa de las personas participantes según datos sociodemográficos (n=151)</i> .....	87
<b>Tabla 5</b> <i>Estadística descriptiva de las variables principales (n= 151)</i> .....	88
<b>Tabla 6</b> <i>Correlaciones de Pearson entre la autorregulación y los comportamientos de autogestión y sus dimensiones (n=151)</i> . .....	96

## Índice de figuras

<b>Figura 1</b> <i>Esquema resumen de marcos teóricos, conceptual y empírico de la investigación..</i> .....	14
<b>Figura 2</b> <i>Modelo de la Teoría de Autogestión Individual y Familiar (Ryan y Sawin, 2009)</i> .....	16
<b>Figura 3</b> <i>Substrucción teórica.</i> .....	19
<b>Figura 4</b> <i>Diagrama de Prisma del proceso de reclutamiento de la muestra.</i> .....	85
<b>Figura 5</b> <i>Porcentaje de personas según los resultados de autorregulación medido por el Índice de Autorregulación.</i> .....	89
<b>Figura 6</b> <i>Porcentaje de personas según el puntaje obtenido en el Cuestionario de salud II (HPLP II).</i> .....	91

## Resumen

**Introducción:** La autorregulación es el proceso por el cual la persona realiza cambios de comportamientos mediante el establecimiento de objetivos. Según la teoría de Autogestión Individual y Familiar de Ryan y Sawin, la autorregulación es esencial en la autogestión en salud, siendo la clave para la realización de cambios de comportamiento asociados a estilos de vida saludables. La relación entre los comportamientos en salud y la autorregulación es desconocida en Costa Rica y no se ha explorado a profundidad en la disciplina de enfermería.

**Objetivo:** Analizar la relación entre las habilidades de autorregulación y los comportamientos de autogestión en personas adultas.

**Metodología:** Estudio correlacional, descriptivo y transversal, con una muestra a conveniencia de 151 personas adultas sanas de 18 a 64 años de edad, residentes de Costa Rica. Las personas participantes fueron reclutadas por medio de redes sociales. Los instrumentos utilizados para medir las variables fueron: el Índice de Autorregulación y la Escala de Promoción de Estilos de Vida Saludables II. Para realizar el análisis de datos se utilizó el programa PSPP para realizar estadística descriptiva y correlaciones de Pearson.

**Resultados:** La mayoría de las personas participantes fueron del sexo femenino (63%), estudiantes universitarios (36%), con una media de 28 años, solteros (72,2%) y conviven con su familia (74,2%). En el cuestionario Índice de Autorregulación, el 88% de las personas obtuvieron un promedio de 18 puntos, esto significa que cuentan con un nivel de autorregulación medio alto. La subescala con mayor puntaje fue la de Reacondicionamiento, y la de menor puntaje fue Control de estímulos. Con respecto a la escala de Escala de Promoción de Estilos de Vida Saludables II, se mantuvo una calificación con tendencia media alta, con un promedio de 133 puntos, esto significa

la muestra cuenta con un nivel medio bajo de autorregulación. Existe una correlación positiva significativa ( $r=.516$ ,  $p<0.05$ ) entre la autorregulación y los comportamientos de autogestión, lo que indica que, a mayor autorregulación, mayor la participación de las personas en comportamientos de autogestión.

**Discusión:** Los resultados obtenidos apoyan la teoría de la autogestión individual y familiar ya que los procesos de autorregulación en personas adultas jóvenes están asociadas a los comportamientos de autogestión. Entre más control intencional y consciente y valor tenga el objetivo a conseguir para las personas, más fácil podrían desarrollar comportamientos promotores en salud. Estos procesos colaboran en la conversión de las metas en acciones productivas y reflejan el rol activo de las personas en la realización de conductas saludables que puedan mejorar la calidad de vida.

**Conclusiones:** La asociación encontrada entre las habilidades de autorregulación y los comportamientos de autogestión en personas adultas sirve como punto de partida para la continua exploración de los factores que influyen en los comportamientos de salud en Costa Rica, lo cual podría promover en el futuro intervenciones más eficientes y eficaces en beneficio de la mejora en el estilo de vida de las personas, reduciendo al mismo tiempo la morbilidad y mortalidad por enfermedades crónicas no transmisibles.

**Descriptor:** automanejo; autocontrol; estilo de vida; enfermería

## Abstract

**Introduction:** Self-regulation is the process by which a person makes behavioral changes through goal setting. According to Ryan and Sawin's Individual and Family Self-Management theory, self-regulation is essential in health self-management, being the key for behavior change associated with healthy lifestyles. The relationship between health behaviors and self-regulation is unknown in Costa Rica and has not been explored in depth within the nursing discipline.

**Objective:** To analyze the relationship between self-regulation skills and self-management behaviors in adults.

**Methods:** Correlational, descriptive and cross-sectional study, with a convenience sample of 151 healthy adults aged 18 to 64 years, residents of Costa Rica. Participants were recruited through social networks. The instruments used to measure the variables were: The Self-Regulation Index and the Healthy Lifestyles Promotion Scale II. For data analysis, the PSPP program was used to perform descriptive statistics and Pearson correlations.

**Results:** Most participants were female (63%), university students (36%), with an average of 28 years old, single (72.2%) and living with their families (74.2%). In the Self-Regulation Index questionnaire, 88% of the people obtained 18 points on average, which means that they have a medium-high level of self-regulation. The subscale with the highest score was Reconditioning, and the one with the lowest score was Stimulus Control. With respect to the scale of the Healthy Lifestyles Promotion Scale II, there was a high tendency score, with an average of 133 points, which means that the sample has a medium-low level of self-regulation. There is a significant positive correlation ( $r=.516$ ,  $p<0.05$ ) between self-regulation and self-management behaviors,

which indicates that the higher the self-regulation, the higher people's engagement in self-management behaviors.

**Discussion:** The results support the theory of individual and family self-management since self-regulation processes in young adults are associated with self-management behaviors. The more intentional and conscious control and value the objective to be achieved has for people, the easier it would be for them to develop health-promoting behaviors. These processes collaborate in transforming goals into productive actions and reflect the active role of people in performing healthy behaviors that can improve quality of life.

**Conclusions:** The association found between self-regulation skills and self-management behaviors in adults serves as a starting point for the continued exploration of the factors that influence health behaviors in Costa Rica, which could promote the development of more efficient and effective interventions in the future in benefit of improving people's lifestyle, while reducing morbidity and mortality from chronic noncommunicable diseases.

**Descriptors:** self-management; self-regulation; lifestyle; nursing.

## **Capítulo I: Introducción**

## **1.1 Introducción**

El autocuidado consiste en la práctica de las actividades que las personas inician y llevan a cabo en determinados períodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano, continuar con el desarrollo personal y el bienestar mediante la satisfacción de requisitos para la regulación funcional y del desarrollo; por tanto, el autocuidado lleva a la persona a mantener un balance y lograr el bienestar en su vida (Prado et al, 2014).

El ser humano tiene la capacidad de realizar acciones en favor de mantener su salud y el desarrollo propio, estas acciones de cuidado son esenciales para el continuo de la persona y así el sentimiento de realización o de bienestar de la misma (Orem, 1983).

Dentro del autocuidado tenemos otro concepto relacionado: la autogestión, la cual es la habilidad personal para el manejo de acciones de promoción de la salud, las cuales no siempre son individuales, ya que regularmente se dan en colaboración con la familia, la comunidad o profesionales en salud (Otter, et ál., 2020). La autogestión es un fenómeno complejo y multidimensional que afecta al individuo, diadas o familias en todas las etapas del desarrollo (Ryan y Sawin, 2009); interviene en todo el entorno de la persona y afecta como factor de riesgo o como protector en los comportamientos que realice la misma en su cotidianidad.

La autogestión individual está mediada por el entorno que rodea a la persona, desde la familia hasta la comunidad. Las cuales llevan al individuo a realizar distintas acciones que intervienen en su desarrollo, la construcción de cada persona implica la adherencia de comportamientos que han sido interiorizados por cada uno y que son llevados a cabo después de haber sido discernidos.

Existen diversos comportamientos que son madurados en el entorno familiar y abordados por cada individuo de maneras distintas, estos comportamientos están relacionados a estilos de vida e incluyen alimentación, actividad física, manejo del estrés, relaciones interpersonales y otros (Triviño 2012). Los comportamientos antes descritos pueden ser negativos o positivos para la salud de la persona, lo pueden llevar a un estado de bienestar o de enfermedad. Además, estos están asociados a problemas presentes en la salud pública en los países latinoamericanos (Triviño 2012). Es desde la autogestión que cada acción que realiza una persona puede beneficiar la salud y generar el bienestar deseado por la misma.

Según la teoría de Autogestión Individual y Familiar (Ryan y Sawin, 2009), uno de los procesos esenciales en la autogestión es la autorregulación ya que “guía a las personas en conductas dirigidas a objetivos a través del procesamiento de información, monitoreo del comportamiento, juzgar el desempeño individual y participar en la autoevaluación” (Yeom, Choi, Belyea y Fleury, 2011, p.2). La autorregulación promueve comportamientos promotores de salud, haciendo a la persona parte del cambio que está realizando en su vida e interactuando en todo el proceso de transformación de comportamientos (Yeom et al, 2011).

En la promoción de estilos de vida saludables, la autorregulación juega un papel de gran relevancia, ya que, mediante este proceso, el comportamiento trabajado por la persona puede ser mantenido o eliminado de su vida. Se debe tomar en cuenta que el mantenimiento de estos comportamientos está mediado por los resultados que responden a los objetivos propuestos por cada persona (Yeom et al, 2011).

En síntesis, la autogestión promueve comportamientos promotores de salud por medio de la autorregulación, que participa en el proceso de adopción y mantenimiento de estos

comportamientos saludables en la vida de la persona y permite, por lo tanto, la participación en estilos de vida saludable.

A manera de ejemplo, una persona con una baja autorregulación tiene una menor capacidad de establecer metas y alcanzarlas, por lo que iniciar un cambio de comportamiento le será difícil y puede abandonarlo más fácil.

A pesar de que es conocida la importancia de la autogestión y la autorregulación en los comportamientos de salud, en Costa Rica existe un vacío sobre estos temas y tampoco se ha identificado la relación entre estos conceptos. De manera que resulta necesario analizar, mediante un estudio cuantitativo correlacional, la relación entre las habilidades de autorregulación y los comportamientos de autogestión en personas adultas que viven en Costa Rica.

El área de investigación de la Escuela de Enfermería en la que se encuentra este seminario corresponde al Estudio del Cuidado de Enfermería, mientras que la línea de investigación que sigue el seminario será la Gestión del Cuidado por las características y elementos que este presenta.

## **1.2 Justificación**

### ***1.2.1 El Problema y su Importancia***

La autogestión es comprendida como parte del autocuidado ya que está relacionada con la habilidad del individuo, en conjunto con su familia, comunidad y personal sanitario, de manejar los síntomas, el tratamiento y las consecuencias físicas, psicológicas y socioculturales de la enfermedad o situación, que son inherentes al estilo de vida. Por lo tanto, la autogestión está relacionada con la capacidad de gestionar el día a día de las personas (De Castro y Moro, 2012).

El fenómeno de la autogestión es de gran importancia para la ciencia de la enfermería y es por esto que debe ser abordado desde esta perspectiva; ya que la educación de las personas y la

tarea de enseñarles autocuidado, tanto a ellos como a sus familias, son elementos fundamentales del papel enfermero, necesario para brindar una atención segura y de calidad (Pinchera, Delloiacono y Lawless, 2018).

Las prácticas de autocuidado cambian dependiendo de la situación y de la cultura e incluyen la capacidad individual de una persona de comportarse y elegir sobre su salud a partir de sus conocimientos, habilidades, valores, motivación, locus de control y sentido de eficacia (De Castro y Moro, 2012). La realidad del autocuidado es cambiante para cada persona porque su medio es diferente y repercute en el establecimiento de metas y la manera de llegar a cumplir las por medio del conocimiento que se tenga, en el caso de la salud sobre los comportamientos promotores en salud y las herramientas disponibles para alcanzar el objetivo deseado. El conocimiento va generando mejor autogestión en la salud individual y colectiva:

“La autorregulación muestra transiciones importantes y períodos sensibles, múltiples niveles de influencia y un ajuste entre la persona y el contexto en forma de coincidencias o desajustes que pueden afectar el desarrollo de la salud y generalmente se trata como un fenómeno, por lo tanto, los programas utilizados para fomentar la autogestión en las personas proponen intervenciones que les ayuden a facilitar sus habilidades personales y les ayuden a tomar decisiones informadas para ser entes activos en el control de su salud, que se desarrolla lentamente” (McClelland, et ál, 2018, p. 288).

Un punto esencial a destacar en este apartado son las Enfermedades Crónicas no Transmisibles, también conocidas como ECNT, debido a que en gran medida es a partir de estas que se intensifican las investigaciones relacionadas con los conceptos de autogestión y autorregulación, ya que cuando se desarrollan los comportamientos de autogestión promotores en salud y las habilidades de autorregulación en las personas que tienen estas enfermedades se obtiene

una mejor adherencia al régimen de autocuidado, provocando una reducción en la mortalidad y la discapacidad, mejorando la calidad de vida y reduciendo los costos de atención de la salud (Jerant, Von Friederichs-Fitzwater y Moore, 2005).

Las enfermedades crónicas no transmisibles son condiciones de salud a largo plazo en las cuales las tasas de curación son bastante bajas, lo que obliga al individuo a adaptarse a los cambios que surgen en su vida con el pasar del tiempo, y a que aprenda a vivir con las limitaciones que en ocasiones impone la enfermedad (Dunke, Veronez da Cunha y Aparecida, 2018).

Dentro de estas enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) encontramos: las enfermedades cardiovasculares, el cáncer, la diabetes, las enfermedades respiratorias crónicas, obesidad, sobrepeso, la hipertensión arterial, e incluso actualmente se considera a la depresión como otra ECNT (OMS, 2020).

Actualmente estas enfermedades son la principal causa de muerte en el mundo, ya que representan un 70% del total de los fallecimientos registrados, también las ECNT son la principal causa de muertes prematuras, ya que anualmente 41 millones de personas mueren a causa de ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares, cáncer, neumopatías crónicas, diabetes o trastornos mentales (OMS,2020).

Las ECNT mencionadas anteriormente comparten importantes factores de riesgo y comportamentales modificables entre los que se encuentran el consumo de tabaco, malos hábitos alimenticios, la falta de actividad física, el uso nocivo del alcohol e inadecuado manejo de las emociones (OMS, 2020). Estos comportamientos modificables se convierten en aspectos de atención prioritaria en el tratamiento de este tipo de enfermedades (Uscanga, Nava, Martínez y

León, 2014), los cuales, dicho sea de paso, requieren el manejo por parte de profesionales de la salud, familiares y el individuo (Dunke et ál., 2018).

Los datos anteriores demuestran que las ECNT siguen planteando un importante desafío de salud pública en todos los países, especialmente en los países de ingresos bajos y medianos, en los que se registran tres cuartas partes de las muertes por esas enfermedades (OMS, 2020). Es por esto que se debe de abordar con eficacia las ECNT y sus factores de riesgo modificables (OMS, 2020).

Según la encuesta de Vigilancia de Factores de Riesgo Cardiovascular de Costa Rica (Wong, 2016), la prevalencia de la HTA y la Diabetes en personas mayores de 19 años va en aumento y llama la atención de las autoridades en salud, por lo que se ha elaborado un plan donde se propone la atención de las personas para el diagnóstico temprano y la implementación de estrategias de cambios de estilos de vida en las personas, ya que este problema de salud pública está afectando a las personas desde muy temprana edad, y a largo plazo genera más comorbilidades elevando costos económicos y de vidas en el país. Debido a que el aumento de estas enfermedades se está dando en las personas adultas en el país se decide realizar este estudio en esta población para conocer su nivel de autorregulación y la existencia de comportamientos saludables en ellos.

Para que las personas generen cambios en los factores de riesgo modificables se debe tener claro que suministrar información con el fin de que sea suficiente motivación para el cambio no es realista, ya que lo que se debe buscar y proponer es que las personas con ECNT o con riesgo de padecerlas sean protagonistas en su proceso de cambio, para que puedan reforzar su capacidad de toma de decisiones y la adopción de hábitos saludables con fortalecimiento de recursos que les permitan mejorar sus estilos de vida; acciones en las que se ven implicadas las habilidades de autorregulación para poder llevar a cabo comportamientos de autogestión (Uscanga et al., 2014).

Costa Rica, un país en vías de desarrollo, no escapa de las ECNT viéndose reflejadas en los indicadores de salud-enfermedad del país. De acuerdo con el Análisis de la Situación de Salud Nacional (Ministerio de Salud Costa Rica, 2019) la prevalencia de la hipertensión en la población supera el 30%, con respecto a la incidencia, está presente más en mujeres y aumenta con la edad después de los 40 años. La diabetes mellitus también es de gran relevancia ya que tiene una prevalencia del 10%, y aumenta la incidencia después de los 40 años, tiene una tasa de mortalidad de 26.3 por cada 100 000 habitantes. El cáncer es otra enfermedad que ataca a muchos costarricenses, teniendo particular atención los cánceres producidos en el sistema digestivo, ya que poseen una alta tasa de mortalidad en comparación con otros como el de piel o de órganos reproductores que tienen una mayor tasa de incidencia (Ministerio de Salud de Costa Rica, 2019).

La situación de las ECNT en el país genera preocupación porque se presentan indicadores elevados que demuestran que la población está enfermando y muriendo por situaciones que pueden ser controladas. En este mismo análisis (Ministerio de Salud Costa Rica, 2019) se destaca la promoción de comportamientos saludables como método de prevención para mejorar la gestión en salud de la población, lo cual impactaría de manera significativa en el sistema de salud tanto económico como en calidad de vida para la misma población.

La gestión de estas enfermedades depende principalmente del estilo de vida de las personas, el cual está compuesto de patrones de comportamiento, tomando relevancia las habilidades de autorregulación de la salud para poder llegar a ejecutar comportamientos de autogestión para prevenir o controlar las enfermedades crónicas.

La autogestión ha tomado gran relevancia en la educación para la salud y se encuentra involucrada en muchos programas relacionados con la promoción de la salud y la educación del paciente (Lorig y Holman, 2003); se ha utilizado para referirse a diferentes fenómenos, ya que se

le ha catalogado como un proceso, un programa y un resultado, esperado o efectuado por parte de los individuos (Ryan y Sawin, 2009).

Además, la autogestión activa tiene un valor terapéutico intrínseco; ya que, una mayor adherencia se asocia con mejores resultados incluso cuando los tratamientos en sí mismos finalmente resultan ineficaces (Jerant et al. 2005).

Uno de los grandes retos a los cuales los y las profesionales de enfermería se enfrentan desde el momento de su formación, suele ser la creación de formas de vida en donde las actividades de las cuales son parte las personas se encuentren en concordancia sobre lo que ellos definen para sí mismos como salud, y que a su vez siga un modelo de promoción de la salud capaz de instaurar esas formas de vida de una manera cotidiana.

Como se mencionó anteriormente la autorregulación y la autogestión de la salud se convierten en elementos promotores en salud que pueden influir en la toma de decisiones para mejorar los estilos de vida y por ende son indispensables en la ciencia de la enfermería y del cuidado, es por esto que la presente investigación posee una gran relevancia disciplinar.

Sin embargo, a pesar de ser conceptos que están tan entrelazados y son tan importantes para el manejo de la salud no se encuentran a nivel nacional estudios que relacionen ambas variables y determinen si se afectan o no entre sí, dejando un evidente vacío de información. Además, la mayoría de información disponible se encuentra en poblaciones y lenguas extranjeras. Por lo tanto, el desarrollo de esta investigación tiene el potencial de beneficiar y ampliar el entendimiento que posee la enfermería en el país sobre la relación entre la autogestión y la autorregulación, así como de mejorar las intervenciones que se pueden proponer a las personas y

sus entornos familiares para que alcancen una autogestión adecuada y eviten consecuencias negativas en su salud integral.

Soto et ál (2018) menciona que la educación de las personas es un aspecto fundamental de la atención de salud y cada vez es más reconocido como una función esencial en la práctica de enfermería, es un proceso dinámico y continuo que incluye comportamientos de autocuidado, cumplimiento con la asistencia sanitaria, recomendaciones, satisfacción en el cuidado de la salud, ajustes en la calidad de su vida y reducción de los niveles de angustia de los individuos. Por medio de este proceso, propio del profesional en enfermería, se puede llevar a cabo el abordaje de la autorregulación y por ende la mejora de la autogestión en salud y así realizar los ajustes a la calidad de vida de las personas brindando cuidado y promoviendo la satisfacción en salud deseada.

Desde este mismo eje el Colegio de Enfermeras de Costa Rica en su Plan Nacional del 2011-2021 (ND), promueve por medio de una política, la participación en los programas de capacitación para el autocuidado de la salud, dirigiendo la atención de los usuarios y usuarias hacia el mantenimiento de estilos de vida saludables, esta refleja la importancia del tema en la ciencia de la enfermería en Costa Rica y el rol que desempeña este profesional en la educación de las personas y los estilos de vida saludables.

Los resultados obtenidos con la presente investigación podrían influir en la toma de decisiones por parte de las autoridades para el desarrollo de programas promotores de buenos hábitos de salud, que permitan evitar enfermedades o condiciones prevenibles mediante los buenos hábitos de salud, además, permitirán una mejor intervención individual o familiar por parte del personal de enfermería con el fin de incorporar o potencializar estos conceptos en la atención que brindan a las personas en los distintos niveles de atención.

Se espera que esta investigación tenga relevancia tanto en el área de docencia, como en la práctica y en la investigación. Con respecto a la primera, este estudio permite la utilización de una teoría de mediano rango, que, aunque ya ha sido utilizada en otras investigaciones, sigue siendo una teoría diferente a las que comúnmente se utilizan a nivel nacional, además, permite un acercamiento a conceptos claves y esenciales, -como lo son la autogestión, la autorregulación y el autocuidado-, para el adecuado ejercicio del cuidado. Por otro lado, potencia por medio de la relación de las variables una visión distinta al abordar a las personas y sus familias que requieren educación para ajustar su estilo de vida e incorporar comportamientos promotores en salud dentro de su autogestión; y dentro del área de investigación se espera que esta sirva de base y motivación para futuras investigaciones relacionadas con este tema, con el fin de ampliar los conocimientos disponibles en otras poblaciones.

Debido a la situación de emergencia nacional que rodeaba al país al momento de plantear el tema de investigación y las condiciones inciertas que se presentaban para trabajar desde la presencialidad en un determinado lugar físico, el presente trabajo de investigación se ejecutó de manera virtual para lograr cumplir con los objetivos y acatar las normas dadas por las autoridades en salud.

Los recursos con los que se dispuso para llevar a cabo este trabajo de investigación fueron adquiridos durante toda la carrera, ya que el cuidado y los conceptos afines a este son parte de la formación académica desde el primer momento, sin embargo, el módulo IV Intervención de Enfermería con la Adulter Sana (EE0413) constituyó el momento fundamental para la adquisición de conocimiento, ya que acá se tuvo un acercamiento mayor con la teoría utilizada en la presente investigación y además, se adquirió nuevo conocimiento en relación a cómo trabajar con las personas adultas.

### **1.3 Pregunta**

- ¿Cómo es la relación entre las habilidades de autorregulación y los comportamientos de autogestión en personas adultas?

#### ***1.3.1 Sub Preguntas***

- ¿Cómo son las habilidades de autorregulación en las personas adultas?
- ¿Cómo son los comportamientos de autogestión de las personas adultas?
- ¿Existe relación entre las habilidades de autorregulación y los comportamientos de autogestión en las personas adultas?

### **1.4 Objetivos**

#### ***1.4.1 Objetivo General***

- Analizar la relación entre las habilidades de autorregulación y los comportamientos de autogestión en personas adultas.

#### ***1.4.2 Objetivos Específicos***

1. Identificar las habilidades de autorregulación de las personas adultas
2. Identificar los comportamientos de autogestión en las personas adultas
3. Determinar la relación entre las habilidades de autorregulación y los comportamientos de autogestión en personas adultas

### **1.5 Hipótesis**

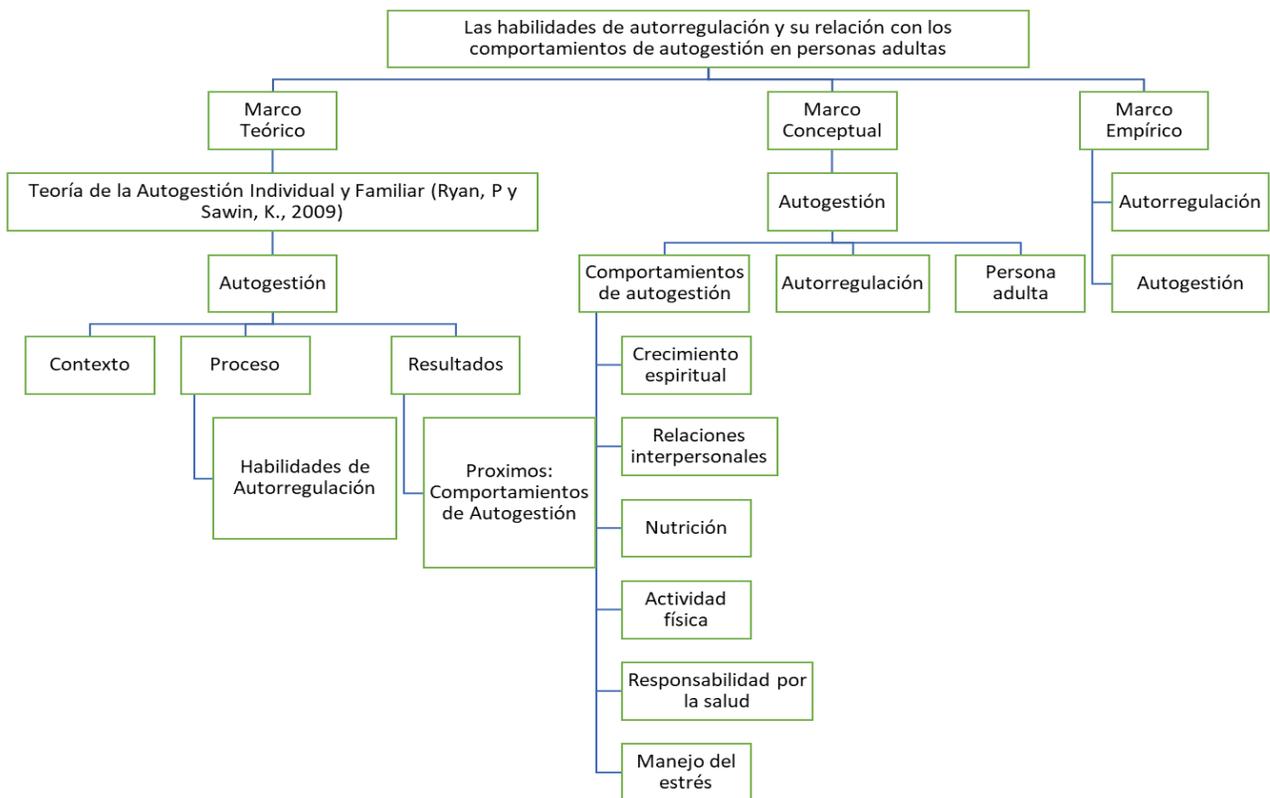
- Existen relaciones entre las habilidades de autorregulación y los comportamientos de autogestión en personas adultas

## **Capítulo II: Marco Referencial**

En este apartado se realizó una revisión de distintos temas relevantes para el desarrollo de la investigación. El marco referencial se divide en tres marcos: teórico, conceptual y empírico (ver figura 1). En el primero se describió la teoría a utilizar en la investigación y los conceptos relevantes para la misma. En el segundo se ampliaron los conceptos de la teoría con otras fuentes y se abordan los conceptos que no están presentados en esta, pero que son esenciales para comprenderla. Y en el tercero se realizó un recorrido por investigaciones tanto nacionales como internacionales y de distintos idiomas que tienen alguna relación con el tema a investigar.

**Figura 1**

*Esquema resumen de marcos teóricos, conceptual y empírico de la investigación.*



*Elaboración propia. 2021.*

## 2.1 Marco Teórico

Como base para la investigación se toma la Teoría de la Autogestión Individual y Familiar de Ryan y Sawin (2009), esta teoría de rango medio de enfermería describe cómo se puede abordar la autogestión de la persona y de su familia, la cual tiene un gran impacto en la profesión de enfermería debido al aumento de problemas de salud crónicos en la población que requieren de un abordaje desde la autogestión en salud.

La teoría propone que el abordaje para la autogestión en salud no debe ser sólo individual ya que distintas contribuciones, como la teoría de sistemas familiares, proponen que un cambio en un miembro de la familia implica cambios en el sistema familiar como tal y además que el abordaje en conjunto de la gestión en salud genera mejores resultados cuando se toma en cuenta a cada miembro y los aportes que este hace al sistema familiar (Ryan y Sawin, 2009).

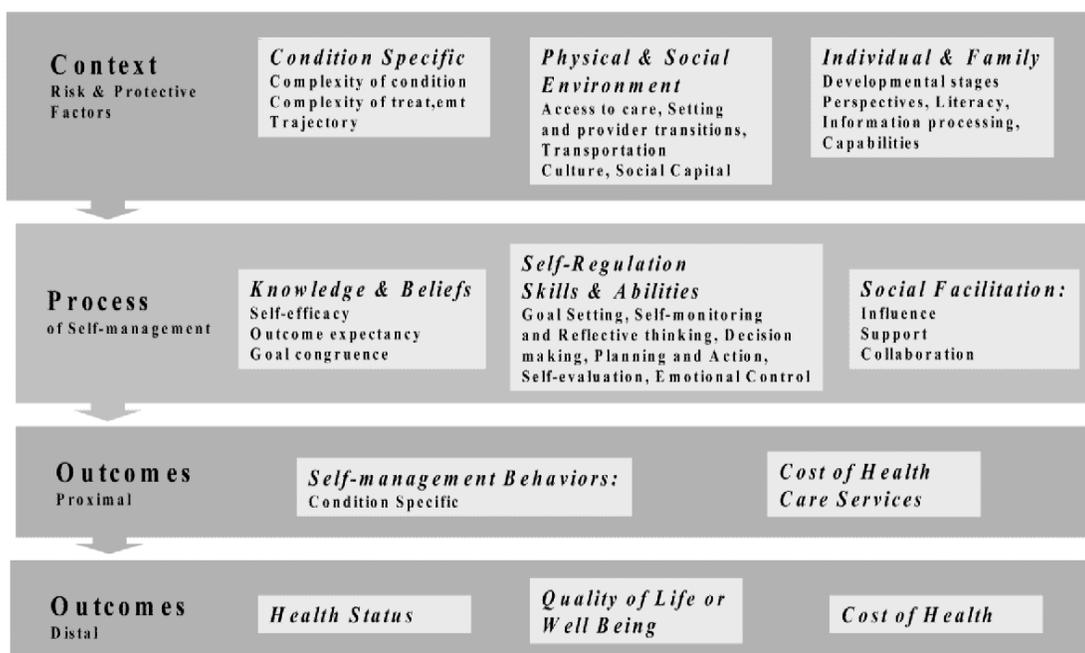
Para comprender la teoría es importante aclarar que los comportamientos en salud están incluidos en el funcionamiento individual, de diadas y familiar, la familia no solo se limita a la biológica y se debe tomar en cuenta los comportamientos, creencias y valores personales para poder abordar el manejo de la salud y este manejo puede estar acompañado por profesionales en salud (Ryan y Sawin, 2009).

La autogestión es un fenómeno multidimensional y complejo que puede ser conceptualizado como una afectación individual, a diadas o a las familias a lo largo de las etapas del desarrollo. La teoría indica que la autogestión tiene tres constructos: el contexto, el proceso y los resultados. El contexto incluye condiciones específicas de factores protectores y de riesgo, componentes ambientales físicos y sociales, y características específicas de cada persona o miembros de la familia (Ryan y Sawin, 2009). Como proceso incluye la facilitación de

conocimientos y creencias, adopción de habilidades y destrezas de autorregulación y facilitaciones sociales (Ryan y Sawin, 2009). Los resultados son obtenidos a largo y a corto plazo (Ryan y Sawin, 2009). Los factores en la dimensión contextual de la teoría influyen en la adopción de procesos de autogestión que impactan directamente los resultados, por ende, las mejoras en el proceso de autogestión repercuten en mejoras en los resultados (Ryan y Sawin, 2009) (Ver Figura 2).

**Figura 2**

*Modelo de la Teoría de Autogestión Individual y Familiar (Ryan y Sawin, 2009)*



*Nota:* Representación gráfica de la Teoría de la Autogestión Individual y Familiar de Ryan y Sawin

La dimensión contextual está determinada por los factores protectores o de riesgo relacionados a las condiciones de la enfermedad y a las del entorno de la persona. De acuerdo con esta teoría en la dimensión del proceso, las personas serán más propensas a participar en los comportamientos de salud recomendados si tienen información y adoptan creencias de salud consistentes con el comportamiento, si desarrollan habilidades de autorregulación para cambiar

sus comportamientos de salud y si experimentan facilitación social que influye positivamente y apoya a las personas para participar en conductas de salud preventivas. El conocimiento y las creencias impactan la autoeficacia específica de la conducta, la expectativa de resultados y la congruencia de metas (Ryan y Sawin, 2009) (Ver Figura 2).

La autorregulación está definida como el proceso usado para cambiar comportamientos en salud e incluye los siguientes aspectos mencionados (Ryan y Sawin, 2009):

- Establecimiento de metas
- Auto monitoreo y pensamiento reflexivo
- Toma de decisiones
- Planeación para adoptar un comportamiento
- Autoevaluación
- Manejo físico, emocional y cognitivo de las respuestas asociadas al cambio de comportamiento

Los resultados están divididos en proximales y distales, los proximales son la adopción de comportamientos de autogestión específicos a una condición, riesgo o transición en adición para el manejo de síntomas terapia farmacológica y el costo de los cuidados en salud. Los distales están relacionados al éxito de los proximales, y son el estatus de la salud, la calidad de vida o la percepción de bienes y el costo de la salud (Ryan y Sawin, 2009) (Ver Figura 2).

El desarrollo de habilidades y destrezas de autorregulación es la clave de esta investigación, que busca analizar la relación de las habilidades de autorregulación con los comportamientos de autogestión en personas adultas donde estos comportamientos son el resultado proximal de un proceso adecuado para la adopción del comportamiento en salud.

Para gozar de una idónea autogestión es fundamental que el individuo adopte dentro de su estilo de vida una serie de habilidades, conocimientos y creencias capaces de ocasionar que la personas o su grupo familiar se vean decididos a adoptar estos comportamientos que les permiten hacer un mejor manejo de su salud (Ryan y Sawin, 2009).

### ***2.1.1 Substrucción Teórica***

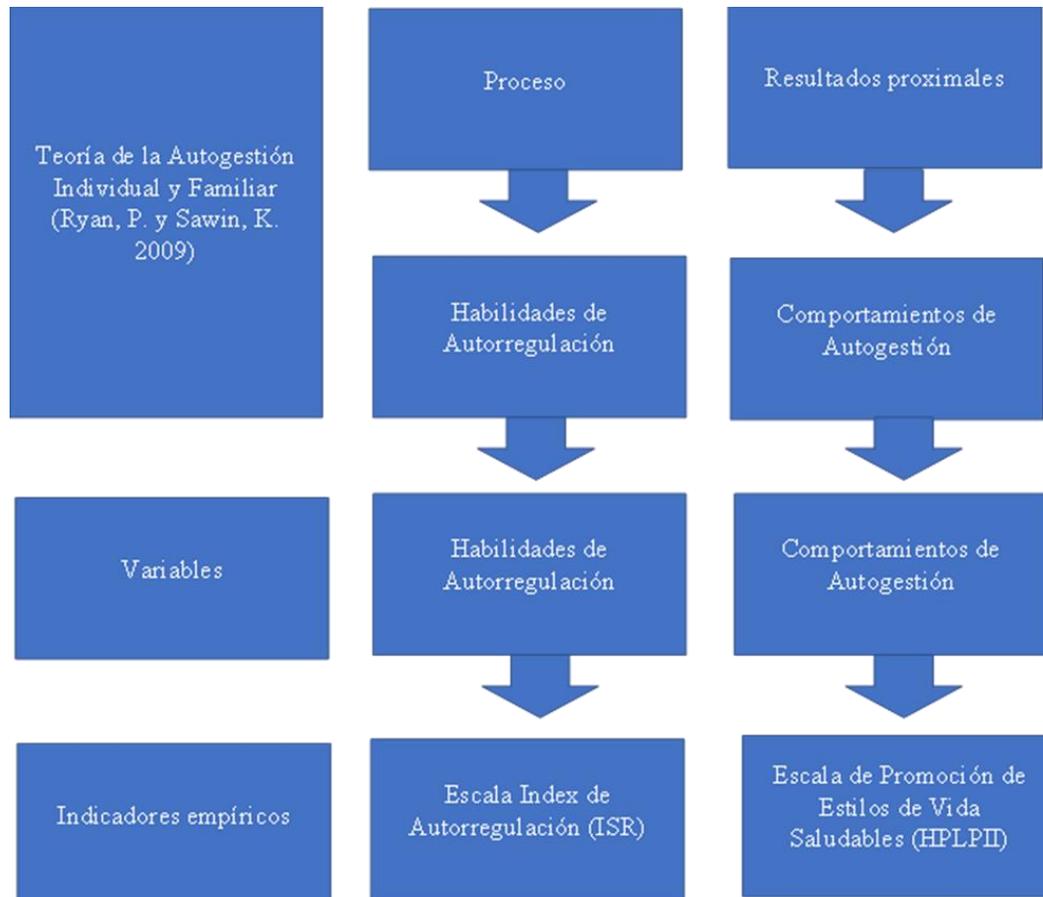
Con el fin de aclarar estructuralmente y funcionalmente los elementos de la teoría de Autogestión Individual y Familiar de Ryan y Sawin (2009), se llevó a cabo una substrucción teórica (Ver figura 3), este es un proceso que ayuda a comprender las relaciones y el orden jerárquico entre los principales componentes del estudio, se presenta de manera pictórica y es un vehículo para identificar críticamente los componentes de la investigación (Wolf y Heinzer, 1999). (2009).

Dentro del proceso para llevar a cabo la substrucción teórica se encuentra el sistema teórico (Zauszniewski, 1995. Wolf y Heinzer, 1999.) en el cual se identifican los conceptos principales, se relacionan, se ordenan y se ejemplifican a manera de imagen y el operacional en el cual se clarifica la forma en la que se mide de manera empírica las variables a estudiar.

De esta forma se presenta la teoría de Ryan y Sawin (2009) de donde en el proceso se describe la Autogestión que se mide por medio del Índice de Autorregulación (ISR) y como resultado de este proceso se tiene comportamientos de autogestión que pueden ser relacionados a promotores en salud y validados por el Escala de Estilo de Vida Promotor de Salud II (HPLPII)

**Figura 3**

*Substrucción teórica.*



*Elaboración propia. 2021.*

## **2.2 Marco conceptual**

### **2.2.1 Autogestión**

Los comportamientos de autogestión son aquellos que permiten implementar las estrategias motivacionales que se presentan durante la autorregulación para en conjunto, ambas, estimular el alcance de las metas y objetivos propuestos en un primer momento.

La autogestión en un inicio se entendía como la capacidad de la persona para participar activamente en su tratamiento o atención, años después la definición fue ampliada y se incluyeron

áreas de contenido específicas, como manejo médico, conductual, de roles o emocional. Más recientemente se ha enfatizado en los diferentes procesos de autogestión (autoeficacia, desarrollo de habilidades, manejo emocional) (Moore et ál, 2016)

Actualmente, la autogestión ha tomado gran relevancia en la educación para la salud y se encuentra involucrada en muchos programas relacionados con la promoción de la salud y la educación de la persona (Lorig y Holman, 2003). Los programas utilizados para fomentar la autogestión en las personas proponen intervenciones que les ayudan a facilitar sus habilidades personales y les ayudan a tomar decisiones informadas para ser entes activos en el control de su salud, lo cual facilita además del desarrollo de la autogestión el desarrollo del autocuidado (Magalhães, et ál., 2019).

- **Comportamientos de autogestión**

Los comportamientos de autogestión incluyen el compromiso en actividades conducentes a la salud que conforman el estilo de vida de las personas (Ryan y Sawin, 2009). Estos comportamientos pueden ser diversos y variados. Para este estudio se tomará como marco conceptual para el concepto de comportamientos de autogestión, las dimensiones definidas por Walker y Hill-Polerecky (1996) en la evaluación psicométrica de la escala:

- **Crecimiento espiritual:** se centra en el desarrollo de los recursos internos y se logra mediante trascender, conectar y desarrollar. Trascender nos pone en contacto con nuestro yo más equilibrado; nos proporciona paz interior y nos abre las posibilidades de crear nuevas opciones para convertirnos en algo más yendo más allá de lo que somos. Conectar es el sentimiento de armonía, plenitud y conexión con el universo. Desarrollar implica

maximizar el potencial humano para el bienestar a través de la búsqueda de significado, encontrar un propósito y trabajar hacia metas en la vida.

- Relaciones interpersonales: implica utilizar la comunicación para lograr una sensación de intimidad y cercanía dentro de relaciones significativas, en lugar de más casuales, con los demás. La comunicación implica compartir pensamientos y sentimientos a través de mensajes verbales y no verbales.
- Nutrición: implica la selección y el consumo informados de alimentos esenciales para el sustento, salud y bienestar. Incluye la elección de una dieta diaria saludable de acuerdo con las pautas proporcionadas por la pirámide alimentaria.
- Actividad física: implica la participación regular en actividades ligeras, moderadas y / o vigorosas. Puede ocurrir dentro de un programa planificado y monitoreado por el bien de la condición física y la salud o incidentalmente como parte de la vida diaria o actividades de ocio.
- La responsabilidad por la salud: implica un sentido activo de responsabilidad por el propio bienestar. Incluye prestar atención a la propia salud, educarse a sí mismo sobre la salud y ejercer un consumismo informado al buscar asistencia profesional.
- El manejo del estrés: implica la identificación y movilización de recursos psicológicos y físicos para controlar o reducir la tensión de manera efectiva.

### ***2.2.2 Autorregulación***

A continuación, se expondrá el concepto de autorregulación desde las definiciones y perspectivas de otros autores, sin embargo, la definición principal utilizada como base en el trabajo se extrae de la Teoría de la Autogestión Individual y Familiar de Ryan y Sawin (2009).

La autorregulación puede definirse como el conjunto de procesos psicológicos mediante los cuales las personas adaptan sus pensamientos, sentimientos y comportamientos a estándares, metas o valores abstractos (Koole, Kuhl, Jostmann, y Finkenauer, C., 2006).

Además, la investigación ha determinado que la autorregulación se produce mediante la implementación de tres sub funciones interdependientes: la autoobservación, la autoevaluación y la autorreacción (Campos- Uscanga, Gutiérrez-Ospina, Morales-Romero, y Romo-González, 2017). El punto inicial es la autoobservación de los comportamientos, las condiciones sociales y cognitivas donde existen estas conductas y la percepción de autoeficacia del sujeto (Campos-Uscanga., et ál., 2017). El siguiente paso consiste en una autoevaluación que el sujeto debe realizar de sus comportamientos y su medida frente a las metas establecidas y estándares ideales (Campos-Uscanga., et ál., 2017). Finalmente, a través de la autorreacción, se aplican estrategias motivacionales para lograr los objetivos (Campos- Uscanga., et ál., 2017).

La autorregulación está impulsada por circunstancia ambientales, las cuales alientan a las personas a adoptar, desarrollar y perfeccionar estrategias, monitorear, establecer metas y cambiar el proceso de creencias (Dubuc-Charbonneau y Durand-Bush., 2015), lo que se puede lograr mediante la agencia del control activo y seguimiento de los aprendizajes, los cuales se trabajan dentro de los límites de las capacidades personales, así como de las influencias ambientales (Dubuc-Charbonneau y Durand-Bush., 2015).

Según Uscanga, et ál (2014), la autorregulación centra su interés en la manera en que las personas pueden corregir y supervisar sus conductas, además, incluye el planteamiento de metas y el desarrollo de habilidades. La autorregulación también es un proceso interno en el que métodos como gestionar el diálogo interno, y la preparación para las recaídas, se incorporan al ajuste de los

objetivos para ayudar a controlar pensamientos e impulsos en la búsqueda de las metas (Annesi, 2021).

La autorregulación también refleja las estrategias cognitivas, afectivas y conductuales a través de las cuales los individuos intentan hacer que su conducta y estrategias para el cambio sean congruentes con las metas valoradas (Yeom et al., 2011). Además, reconocer los mecanismos de autorregulación resulta esencial ya que la adherencia a cambios de comportamiento a largo plazo requiere de motivación continua y capacidad de respuesta a las influencias sociales (Yeom et al., 2011).

La autorregulación como proceso de autogestión describe y predice la adherencia a comportamientos en salud, es un importante motivador para educar mejor sobre control personal, guía a la persona para lograr comportamientos en salud por medio de selección de información, monitorización del comportamiento, someter a juicio el comportamiento personal y la adhesión a la autorregulación, siempre considerando las opciones personales (Yeom et al., 2011).

La persona dentro de la autorregulación es un agente activo y tomador de decisiones, y es un aspecto vital de la adaptación humana a la vida sin el cual el individuo sería un espectador indefenso de los eventos, generalmente se interpreta como un proceso sistemático que implica un esfuerzo consciente para influir en pensamientos, sentimientos y comportamientos a fin de lograr una meta en el contexto de un entorno cambiante (De Ridder y De Wit, 2006).

Una primera característica común es interpretar la autorregulación como un sistema de motivación dinámico para establecer metas, desarrollar y promulgar estrategias para lograr esas metas, evaluar el progreso y revisar las metas y estrategias en consecuencia (De Ridder y De Wit, 2006). Una segunda característica común es que la autorregulación también se ocupa de la gestión de las respuestas emocionales, que se consideran elementos cruciales del sistema motivacional y

que se conciben como intrínsecamente vinculadas con los procesos cognitivos (De Ridder y De Wit, 2006).

Las contribuciones únicas de la perspectiva de autorregulación psicológica a una explicación de la conducta (de salud) se pueden comprender mejor cuando se consideran en el contexto histórico de otras perspectivas sobre la conducta, especialmente en la medida en que se relacionan con el papel de la motivación, una persona con experiencias personales o externas puede llegar a realizar el cambio en el comportamiento ya que existe una conciencia sobre las metas que se plantean.

Yeom et al (2011) explica las dimensiones en las cuales se puede medir la autorregulación:

- Reacondicionamiento: refleja los intentos de reducir la gama de estímulos asociados con conductas que generan riesgo.
- Control de estímulos: indica intentos de fortalecer el mantenimiento del cambio de comportamiento centrándose en los aspectos positivos de la modificación del riesgo.
- Monitoreo del comportamiento: se refiere a la evaluación de la adherencia a criterios autodeterminados para el logro de metas.

Como se observa en los párrafos anteriores el comportamiento autorregulador facilita la búsqueda de objetivos a largo plazo y el cumplimiento de las expectativas sociales (Eschenbeck, Heim-Dreger, Steinhilber, y Kohlmann., 2016). Sin embargo, si la autorregulación de una persona se ve afectada por una mayor carga cognitiva como la distracción, el proceso automático prevalece sobre el controlado y la persona cede a los impulsos desencadenados por estímulos tentadores (Eschenbeck, et ál., 2016).

### **2.2.3 Persona adulta**

Esa conciencia de cambio que se ha visto determina en la autorregulación está presente en la adultez. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2010), la adultez es la etapa del desarrollo comprendida entre los 18 y 64 años de edad, es precedida por la adolescencia y es en la cual el ser humano adquiere responsabilidades a nivel social en muchas culturas, por lo que dispone a la persona a enfrentarse a distintas realidades que en el pasado no dimensionaba.

Según Papalia, Olds y Feldman (2007) la adultez se puede dividir en dos etapas:

- La edad adulta joven, generalmente definida aproximadamente entre los 20 y los 40 años, es un período en el que se puede hacer muchas actividades independientes, muchas personas a esta edad están solas por primera vez, estableciendo y administrando hogares y demostrando su valía en sus actividades elegidas. Cada día toman decisiones que ayudan a determinar su salud, carreras y estilos de vida. Los primeros años son complejos ya que actualmente muchas personas mantienen comportamientos propios de la adolescencia, ante esta realidad se podría definir a estas personas como adultos emergentes.
- La edad adulta media, en términos cronológicos, está comprendida entre los 40 y los 65 años, pero esta definición es arbitraria. No hay consenso sobre cuándo comienza y termina la mediana edad o sobre eventos biológicos o sociales específicos que marcan sus límites. Con las mejoras en la salud y la duración de la vida, los límites superiores subjetivos de la mediana edad están aumentando. Las personas con un nivel socioeconómico bajo tienden a nombrar puntos iniciales y finales más tempranos para la mediana edad, quizás debido a una peor salud o transiciones más tempranas hacia la jubilación y la abuela.

Para Giménez (2009) la adultez es una etapa del desarrollo en la cual la persona se confronta en lo que quería y en lo que en realidad es. Se deben establecer acuerdos para poder concretar relaciones con familia, amigos, compañeros de trabajo y pareja. A nivel cognitivo la persona se enfrenta a una dinámica en la que gana, pierde o mejora habilidades, en el conflicto que se vive al encontrar múltiples realidades se adquiere sabiduría para enfrentar las situaciones.

Es importante recalcar que el desarrollo en la adultez supone un proceso dinámico de optimización de la capacidad adaptativa del psico organismo a las demandas biológicas, psicológicas, culturales y medioambientales, por lo que aparecerán comportamientos que requieren de esfuerzo para poder alcanzar los objetivos deseados enfrentándose a la realidad. (Giménez, 2009)

Durante este período, se sientan las bases para el funcionamiento físico de por vida. La salud puede estar influenciada por los genes, pero los factores de comportamiento — lo que comen los adultos jóvenes, si duermen lo suficiente, qué tan activos son físicamente y si fuman, beben o consumen drogas contribuyen en gran medida a la salud y el bienestar (Papalia et al, 2009).

### **2.3 Marco Empírico**

En este apartado se realizó una revisión de literatura disponible en idioma inglés, español y portugués sobre la temática de investigación, dando de esta forma una visión tanto nacional como internacional del fenómeno que se estudiaba. Las indagaciones giraron en torno a estudios acerca de los comportamientos de autogestión al igual que las habilidades de autorregulación, ya que son las dos variables estudiadas en el presente estudio.

Para obtener estos archivos se realizó una búsqueda exhaustiva en diferentes bases de datos con contenido científico como Google Académico, Scienedirect, LILACS, Elseiver, Ebsco Host,

Dialnet, Scielo, PubMed y Academia Edu. Se utilizaron descriptores como: automanejo (self-management), adulto y salud, los cuales están presentes en el DEC, además se utilizó el descriptor de autorregulación (self-regulation), aunque este no es parte de la base de datos antes mencionada.

### ***2.3.1 Autorregulación***

La autorregulación, al ser uno de los ejes centrales dentro de la investigación, goza de especial atención para comprender de manera mucho más amplia cómo funciona en las personas y cómo puede ser un factor en la adquisición de hábitos saludables que serían indicadores de los comportamientos de autogestión.

Argüello-González y Cruz-Arteaga (2017) por medio de un estudio transversal retrospectivo, trataron de identificar la presencia de autorregulación en los hábitos alimenticios en 65 médicos residentes del área de medicina familiar en un centro médico de la Ciudad de México.

En cada uno de los médicos, se hizo una evaluación de su peso, talla e IMC, a partir de lo cual, en aquellos que arrojaron un resultado de sobrepeso u obesidad, se aplicó el instrumento de autorregulación de hábitos alimenticios, en el cual se incluyen los dominios de autoobservación, autoevaluación y auto reacción (Argüello-González, 2017).

Al finalizar el estudio, se obtuvo como resultado que los médicos residentes, en su mayoría mujeres, identificaron comportamientos negativos asociados a sus hábitos alimenticios, sin embargo, no establecieron acciones encaminadas a modificar su peso (Argüello-González, 2017).

Este estudio refleja entonces la importancia de la autorregulación en el reconocimiento y práctica de hábitos de vida mucho más saludables, pues se deja en evidencia que la no adquisición de estas habilidades, representa un riesgo de desencadenar patologías que más que afectar la imagen de la persona, a largo plazo se proyectan hacia la calidad de vida en general.

Por su parte, Campos (2014) realizó un estudio cuasi experimental que pretendía determinar la efectividad de un taller incorporado a la oferta educativa de la Universidad Veracruzana, en la mejora del estado nutricional, la autorregulación y la autoeficacia en estudiantes universitarios con exceso de peso.

A partir de una muestra de 58 estudiantes universitarios intervenidos por medio de la propuesta educativa, se lograron obtener resultados satisfactorios en cuanto a que, el riesgo de aumento de peso en aquellos estudiantes entrenados en técnicas de autorregulación, fue un 50% menor en relación con el grupo que no tuvo dicha intervención, dejando en evidencia el papel fundamental que juega la autorregulación en relación a la disminución del riesgo cardiovascular vinculado con mala dieta (Campos, 2014).

La importancia de este estudio radica en que incluye definiciones a conceptos que son esenciales para el desarrollo de la presente investigación sin dejar de lado además que es un estudio cuantitativo, por lo que provee un mayor entendimiento del modelo metodológico del presente estudio.

De igual manera, relacionado con esto, Lugli Rivero (2011), mediante una investigación no experimental con diseño correlacional y de corte transversal intentó determinar la capacidad predictiva de la autoeficacia percibida y el locus del control en la autorregulación del peso que incluía un grupo de 243 personas obesas que asisten a tratamiento médico en diferentes centros de salud privados, seleccionados de forma no probabilística.

Posterior a la obtención de datos recolectados por medio de escalas de autorregulación, se aplicó el cuestionario de Autoeficacia en la regulación del peso corporal, encargado de medir la percepción de autoeficacia en actividades relacionadas con el control del peso, tales como hábitos

alimentarios y actividad física y finalmente el cuestionario de Locus de control del peso, el cual mide las creencias de control respecto al peso, basados en la teoría de Levenson, que postula tres dimensiones: interno, azar y otros poderosos (Rivero, 2011).

Los autores lograron identificar que tanto las habilidades de autorregulación del peso, como las creencias de autoeficacia percibida para el control del peso se encontraban en niveles moderados en las personas participantes, lo cual no era tan normal si se considera la tendencia a la no resistencia en cuanto a la gratificación inmediata que produce el comer (Rivero, 2011). Esos niveles moderados en ambas variables podrían representar el factor explicativo de la motivación a perder peso, la cual los lleva a la búsqueda de ayuda profesional que les facilita mantenerse en el proceso para alcanzar esa meta. (Rivero, 2011)

Los resultados de esta investigación muestran que la creencia de eficacia en poder realizar las actividades dirigidas al control de la ingesta de alimentos y de la actividad física, así como una baja internalización con respecto al peso, predicen la presencia o no de autorregulación del peso en personas obesas que asisten a tratamiento. Por tanto, no sólo basta con darle a las personas las herramientas necesarias para aumentar su autorregulación, sino que debe instalarse en ellos el sentido de responsabilidad que tienen hacia sí mismos en controlar esto a razón de mejorar sus estilos de vida (Rivero, 2011).

Concha-Viera, Cuevas-Ferrer, Campos-Romero y González-Hernández (2017) presentan un estudio cuyo objetivo central radicaba en la identificación de las diferencias en la autodeterminación de los universitarios según el sexo y si practican o no de manera regular o mantenida actividad física.

Para la obtención de los datos se utilizó el cuestionario de la Regulación de la Conducta en el Ejercicio (BREQ-3) el cual es un instrumento con escala tipo Likert conformado por 23 ítems, distribuidos en los siguientes seis factores: cuatro para regulación intrínseca, cuatro para regulación integrada, tres para regulación identificada, cuatro para regulación introyectada, cuatro para regulación externa y cuatro para desmotivación; y en el caso de los datos de actividad física, se hizo uso del cuestionario de Hábitos de Actividad Física encargado de evaluar cinco categorías: horas diarias acostado, horas diarias de actividad sentados, número de cuerdas caminadas diariamente, horas diarias de juegos recreativos y horas diarias de ejercicios o deportes programados. Los resultados asignan un nivel de actividad física como insuficiente, regular y excelente. (Concha- Viera et ál, 2012)

Dentro de los resultados se obtuvo que los estudiantes reconocen la importancia de la actividad física dándole una importancia personal a la misma, estableciendo de esta manera, una relación positiva entre la práctica de la actividad física y la conducta más auto determinada (Concha- Viera et ál, 2012).

En cuanto a los datos sobre la diferencia existente entre ambos sexos, referente a los tipos de regulación, todos fueron similares a excepción del componente intrínseco, en donde los hombres suelen ser los dominadores (Concha- Viera et ál, 2012).

Clark, et ál (2005) mediante un estudio correlacional, buscaban analizar la importancia del modelo de gestión de enfermedades en pacientes con asma. Para tal fin, se hizo uso de entrevistas telefónicas realizadas a una muestra de 637 personas a modo de canal para el análisis de cómo estas personas logran sobrellevar su enfermedad en un ambiente personal acompañados por sus familiares (Clark et ál, 2005). Los autores, luego de analizar los resultados obtenidos, pudieron

identificar una disminución en el número y la severidad de los episodios de asma, en cuanto se disminuyeron los factores que causaban algún tipo de estrés en las personas.

La actual pandemia por la cual atraviesa el mundo entero ha significado un cambio radical para la rutina y normalidad que solía predominar, por lo cual, no es raro que la capacidad de autorregulación sea necesaria en el proceso de adaptación que cada ser humano de manera individualizada está necesitando realizar.

Valdez y Guzmán (2020), se dieron a la tarea de realizar un estudio con el fin de conocer la forma en que los componentes de la autorregulación operan frente a las medidas de salud establecidas a nivel internacional para disminuir el riesgo de infección por COVID-19.

Para esto se aplicó un cuestionario que evalúa las tres dimensiones que componen la autorregulación: auto-reacción, auto-juicio y auto-observación en un total de 220 personas. Obteniendo como resultados que, en la población estudiada se presentan modificaciones conductuales a favor de la reproducción de las medidas de salud, tales como el uso de cubre bocas, mantener la sana distancia y cubrirse el rostro para toser o estornudar. Aunque se encuentra que unas de ellas tienen mayor incidencia que otras. De manera opuesta, mantenerse en casa, evitar frotarse los ojos o la cara y usar gel anti bacterial representan las acciones con menor incidencia.

Suls y compañeros (2019) realizaron una meta revisión de 15 meta análisis sobre las técnicas de cambios de comportamiento en el manejo de enfermedades cardiovasculares de investigaciones desde 2006 hasta agosto de 2019, donde determinaron que aunque la autorregulación, específicamente el autocontrol y la autovigilancia, juegan un papel importante para realizar los cambios de comportamiento saludables, se debe realizar una interpretación cautelosa sobre este componente, ya que los estudios se basan en demostrar que existe un cambio,

más no en evidenciar cómo se realizó. También determinaron que el establecimiento de objetivos tiene mayor relevancia en los resultados de actividad física que el automonitoreo (Suls, et al., 2019).

Por otro lado, Hennessy, Johnson, Acabchuk, McCloskey, Stewart-James (2020) realizaron un meta análisis sobre la autorregulación y los cambios de comportamiento. Este se desarrolló con 66 investigaciones creadas desde enero 2006 hasta agosto 2017 y publicadas en distintas revistas. Dentro de los hallazgos encontrados se determinó qué existe evidencia de muchas intervenciones útiles para trabajar la autorregulación de una persona, y también, se logró observar que la mayoría de meta análisis revisados se centraron en conductas o intervenciones de salud específicas, e ignoraron los mecanismos para generar el cambio de comportamiento (Hennessy et ál., 2020)

Esta investigación es clave ya que muestra que existen bastantes estudios en otros países que buscan relacionar la autorregulación con los cambios de comportamiento saludables, sin embargo, existe un vacío en investigación sobre la medición continua de la autorregulación y el progreso para hacer de un comportamiento saludable parte del estilo de vida.

Los metaanálisis examinaron entre uno y diez componentes de intervención de autorregulación y de estos los analizados con mayor frecuencia fueron el auto-monitoreo (52%), el establecimiento de metas (42%), la retroalimentación personalizada (41%) y la identificación de barreras/solución de problemas (39%) (Hennessy et ál., 2020).

La importancia de este metaanálisis está en comprender el estado de las investigaciones sobre autorregulación y comportamientos en salud a nivel internacional, y poder comparar algunos resultados obtenidos con los que arrojó el presente estudio.

Protegerou, McHugh y Johnson (2020) realizaron un metaanálisis basado en el trabajo de Hennessy et ál (2020); ellos buscaban comprender como las habilidades de autorregulación intervienen en los cambios de comportamientos de riesgo en salud. Para lograr evidenciar como la autorregulación repercute en estos cambios de comportamiento y así también, determinar los vacíos existentes en estos temas se analizaron un total de 21 revisiones (Protegerou, et ál., 2020).

Es importante mencionar que, aun cuando las poblaciones son heterogéneas, existen muchos factores homogéneos dentro de las conductas de riesgos que se aplican a todas las personas, como, por ejemplo: el consumo de sustancias, relaciones sexuales de riesgo, entre otros (Protegerou et ál., 2020). Como resultado también se identificó que los factores ambientales son esenciales en la protección de conductas de riesgo y que los abordajes de la autorregulación en las intervenciones de salud proporcionan mayor éxito en cambios y abandono de comportamientos de riesgo (Protegerou et ál., 2020)

Spring, Champion, Acabchuk y Hennessy (2020) realizaron una meta revisión sobre las técnicas de cambios de comportamiento autorregulador para promover la sana alimentación, la actividad física o la pérdida de peso con 30 metaanálisis publicados entre 2007 y 2017. Parte de lo encontrado es que aún cuando se dan resultados buenos en la autorregulación y los cambios de comportamiento, según la revisión, es insuficiente para reducir los niveles de morbilidad a nivel comunitario por lo que se demuestra que investigar sobre la autorregulación y los cambios de comportamiento en salud es necesario (Spring et ál., 2020). Además, la investigación determinó que el principal cambio de comportamiento de autorregulación encontrado fue el autocontrol, que se relacionaba con las variables estudiadas, dando buenos resultados (Spring et ál., 2020).

López-Gil et ál (2020) realizaron una investigación que demuestra que, al tener un mayor número de hábitos saludables, los niños poseen una mayor capacidad de autorregulación. Esta investigación se desarrolló con 1561 niños entre 8-12 años en Santiago de Chile y midió la actividad física, la cantidad de tiempo en pantalla y la alimentación con la dieta mediterránea (López-Gil, et ál. 2020). Su importancia radica en la relación de las variables, ya que realiza una comparación similar a la expuesta en este trabajo, pero con una población de niños, dejando en evidencia que la autorregulación es fundamental para los cambios de comportamiento en todas las edades.

En su estudio Padin, Emery, Vasey, y Kiecolt-Glaser, (2017) trabajaron las asociaciones entre las actitudes implícitas, la autorregulación y la actividad física auto informada durante el tiempo libre en una muestra de 150 adultos jóvenes muy activos, y estudió hasta qué punto el control esforzado (un aspecto de la autorregulación) moderaba esta relación.

Para poder participar del estudio todos los y las participantes debían completar los instrumentos destinados para la recolección de los datos necesarios para la investigación, los cuales fueron: El Cuestionario Internacional de Actividad Física (IPAQ; formato largo), la escala de auto informe que evaluaba las actitudes explícitas hacia el ejercicio (Padin, et ál., 2017). También se utilizó el Adult Temperament Questionnaire - Long Form y el SC-IAT personalizado para medir las actitudes implícitas hacia la tarea del ejercicio (Padin, et ál., 2017)

Los resultados del estudio determinaron que los adultos jóvenes con actitudes implícitas más negativas hacia la actividad física y bajos niveles de autorregulación, informaron pasar menos tiempo en actividades físicas en el tiempo libre durante el entrenamiento promedio (Padin, et ál., 2017). Además, las actitudes implícitas y la duración promedio del entrenamiento se relacionaron

entre los individuos de control más bajo y esforzado, pero no entre aquellos con un control más alto y con mejores capacidades de autorregulación (Padin, et ál., 2017).

En otro estudio, Erturan, McBride y Agbuga (2020) tenían como propósito examinar el papel mediador de la autoeficacia y la autorregulación entre metas de logro y actividad en el tiempo libre entre cuatrocientos setenta y cuatro estudiantes de secundaria turcos inscritos en clases de educación física.

Para la recolección de los datos se utilizaron cuestionarios que incluían información demográfica e ítems que evaluaban la angustia, la autorregulación, autoeficacia y la realización de actividad física en el tiempo libre (Erturan, et ál., 2020).

Los resultados de la investigación determinaron que la autorregulación no fue un mediador de las metas de logro y no predijo la actividad física en el tiempo libre, sin embargo, si se determinó que la falta de autorregulación en los estudiantes puede estar relacionada con una pobre exposición a los elementos u oportunidades que brinda la autorregulación; y por lo tanto, es posible que no hayan asociado los elementos de la autorregulación con las clases de educación física, ni con sus intenciones para en el futuro realizar actividad física en el tiempo libre (Erturan, et ál., 2020). Las investigaciones en temas de autorregulación se presentan en diferentes ambientes, y en el caso de Arnold, Bakker y D. de Vries (2021) desarrollaron su estudio en el ámbito deportivo, ya que la evidencia de la investigación indica que cuando los deportistas están expuestos a altas demandas y experimentan altos niveles de tensión es menos probable que participen en actividades de recuperación y autorregulación y cuenten con menos capacidades de recuperarse.

El estudio tenía como objetivo implementar y evaluar el impacto de una intervención de autorregulación centrada en la persona y basada en los sentimientos sobre el estrés, el agotamiento, el bienestar y la capacidad de autorregulación de ocho estudiantes-atletas universitarios que

experimentaban agotamiento (Arnold, et ál., 2021). Para la recolección de datos se utilizaron cuestionarios administrados en cuatro momentos de la temporada deportiva, entrevistas previas y posteriores a la intervención y sesiones de intervención múltiple (Arnold, et ál., 2021).

El análisis de datos concluyó que los niveles de estrés y agotamiento disminuyeron significativamente, y los niveles de bienestar y capacidad de autorregulación aumentaron significativamente a medida que avanzaba la intervención (Arnold, et ál., 2021). Estas intervenciones realizadas en el estudio permitieron a los estudiantes-deportistas universitarios aprender a manejarse eficazmente a sí mismos y a su entorno para reducir los síntomas adversos y mejorar el funcionamiento óptimo (Arnold, et ál., 2021).

La influencia de la capacidad de autorregulación sobre el burnout y otras variables asociadas como el estrés y el bienestar no ha sido examinada explícitamente en el contexto del atletismo universitario, en el que los deportistas desempeñan el doble papel de deportista y estudiante, por lo cual el estudio resulta muy innovador (Arnold, et ál., 2021).

Otros estudios también se han encargado de estudiar como la autorregulación se incorpora a una amplia variedad de situaciones cotidianas, por ejemplo, Tamminen y Crocker (2013) en su investigación se propusieron examinar la autorregulación emocional y las relaciones interpersonales de regulación de las emociones dentro de un equipo de atletas competitivos (Tamminen y Crocker., 2013).

Para la recolección de datos, los autores realizaron múltiples entrevistas semiestructuradas con los miembros del equipo femenino de curling de alto rendimiento, así como mediante la observación de las reuniones del equipo, las prácticas y los juegos durante toda la temporada (Tamminen y Crocker., 2013).

Del análisis de datos se obtuvo, que las participantes utilizaban técnicas de autorregulación emocional, entre las que se encontraban, el lenguaje corporal y autocensura, además, se encontró que también practicaban la regulación emocional interpersonal (proporcionar retroalimentación positiva y / o técnica, humor, dar pistas a los compañeros sobre sus emociones, acciones prosociales y acciones indirectas), y por último, se encontraron factores que influyen en la regulación emocional (tiempo juntos, dinámica / cohesión del equipo, contexto, normas sociales y roles del equipo, y búsqueda de apoyo fuera del equipo) (Tamminen y Crocker., 2013).

Los hallazgos del estudio resaltan la interacción compleja que se da entre las emociones, la expresión emocional y la autorregulación de los atletas para lograr los objetivos planteados, así como la importancia de examinar los procesos interpersonales relacionados con la emoción y la autorregulación de las emociones en los deportes de equipo (Tamminen y Crocker., 2013).

Annesi y Gorjala (2010), propusieron en su estudio el objetivo de evaluar las relaciones del uso de habilidades autorreguladoras con la autoeficacia para el ejercicio, la alimentación adecuada, y el cambio resultante en el peso, asociado con la participación en un tratamiento de nutrición y ejercicio apoyado por métodos cognitivo-conductuales. En la investigación los participantes fueron adultos con obesidad severa ( $N = 95$ ; IMC medio =  $40,5 \pm 3,9$  kg / m<sup>2</sup>), los cuales fueron parte de un tratamiento de ejercicio y nutrición de 6 meses con énfasis en las habilidades de autorregulación (Annesi y Gorjala., 2010).

La investigación se encargó de medir los cambios en el uso de habilidades de autorregulación, la autoeficacia, el estado de ánimo general y el IMC (Annesi y Gorjala., 2010), además, se evaluaron las relaciones de los cambios en el uso de habilidades de autorregulación y la autoeficacia, tanto para la actividad física como para una alimentación adecuada, así como la posibilidad de que el cambio de humor sea un mediador de estas relaciones (Annesi y Gorjala.,

2010). Luego se estimaron los efectos indirectos de las variables asociadas con el tratamiento propuesto sobre el cambio del IMC (Annesi y Gorjala., 2010).

Los resultados indican que los cambios en la autorregulación se asociaron con cambios en la autoeficacia, influyendo en los comportamientos de ejercicio como de alimentación adecuada, además, los cambios de humor mediaron parcialmente la relación entre los cambios en la autorregulación para una alimentación adecuada y la autoeficacia para una alimentación adecuada (Annesi y Gorjala., 2010).

De la revisión de bases de datos también se logró extraer el artículo de Shieh, Weaver, Hanna, Newsome y Mogos (2015), acá los autores examinaron la asociación de la autoeficacia y la autorregulación con las conductas de nutrición y ejercicio. Para lograr su objetivo, se utilizó un diseño transversal y se incluyó a 108 participantes (54 hombres y 54 mujeres), en los cuales, se midió los comportamientos nutricionales (consumo de frutas / verduras, cocinar en la cena y comer en restaurantes) y el ejercicio, utilizando el total de días en la última semana en que se informó un comportamiento (Shieh., et ál., 2015).

La investigación mostró que la autorregulación posee una asociación directa con el consumo de frutas/ verduras y el ejercicio, pero la autoeficacia tuvo una asociación directa solo con el ejercicio (Shieh., et ál., 2015).

Balani, Herrington, Bryant, Lucas y Kim (2019) desarrollaron un estudio en donde se tenía como objetivo examinar el conocimiento nutricional, las actitudes nutricionales y la autorregulación de la alimentación como predictores del sobrepeso y obesidad entre los adultos en un entorno comunitario (Balani, et ál., 2019). Para cumplir su objetivo se recurrió a una muestra de 313 adultos, los cuales participaron de una encuesta en línea (Balani, et ál., 2019).

Este estudio indica que uno de los predictores más fuertes del sobrepeso y la obesidad es la mala autorregulación de la alimentación, ya que las probabilidades de sobrepeso y obesidad eran casi cuatro veces más altas para aquellos que a menudo o siempre renunciaban con demasiada facilidad a sus intenciones alimentarias, y por ende contaban con menos habilidades de autorregulación (Balani, et ál., 2019), además, se determinó que la incapacidad para seguir las intenciones alimentarias y la imposibilidad de lograr el objetivo a largo plazo de controlar las conductas alimentarias parecen ser factores determinantes fundamentales para el sobrepeso o la obesidad (Balani, et ál., 2019).

La investigación de Brownson (2012) plantea la relación que existe entre la espiritualidad, la autorregulación y la salud física en general, utilizando la metodología de las encuestas, en setenta y ocho participantes de las clases de psicología ofrecidas por el Departamento de Psicología de la Butler University en Indianápolis. Además, se planteó la hipótesis de que los altos niveles de espiritualidad se asocian positivamente con una fuerte autorregulación, lo que a su vez predice positivamente la salud física (Brownson., 2012).

Después de analizar los resultados obtenidos se tiene que la espiritualidad se correlaciona con la salud; incluso cuando las correlaciones no eran significativas, estaban en la dirección correcta (Brownson., 2012). También, como se planteó en la hipótesis, la capacidad de autorregulación se correlacionó con todas las medidas de espiritualidad y salud en la dirección de la hipótesis (Brownson., 2012).

El último artículo tomado en cuenta en este marco empírico, es el de Aydin (2018), en donde el propósito principal del estudio era examinar la relación entre las características de la inteligencia espiritual y las habilidades de autorregulación de los estudiantes de la Facultad de Educación (Aydin., 2018). Para alcanzar el objetivo, se utilizó una muestra de 606 candidatos a

maestros seleccionados con un muestreo estratificado entre aproximadamente 2000 candidatos a maestros que estudian en la Facultad de Educación de la Universidad de Ahi Evran durante el semestre de otoño del año académico 2017-2018 (Aydin., 2018)

A la hora de examinar los datos recolectados se logró observar una relación entre las características de la inteligencia espiritual y las habilidades de autorregulación (Aydin., 2018). Otro resultado de la investigación es que no existe relación entre las características de la inteligencia espiritual y las habilidades de autorregulación de los estudiantes y el rendimiento académico (Aydin., 2018).

### ***2.3.2 Autogestión***

En su artículo Ryan, Brown y Lynch (2020) han descrito la autogestión como un proceso sistemático diseñado para ayudar a las personas a gestionar el cambio de comportamiento y a perseguir objetivos autodirigidos, e incluyen las habilidades y actividades de establecer una meta, monitorear el comportamiento, identificar y ejecutar un plan, reflexionar, tomar decisiones y controlar las emociones, como necesarias para una buena autogestión.

Este estudio es de tipo cualitativo, y buscaba comprender mejor los procesos que usaban las mujeres para cambiar los comportamientos de salud relacionados con la prevención de la osteoporosis. Se utilizó una muestra de veinte mujeres voluntarias a las que se les invitó a participar del estudio (Ryan, et ál., 2020).

Dentro de los hallazgos, Ryan, et ál (2020) determinaron que el uso de los procesos de autogestión mejora los cambios de comportamiento. Además, mencionan que el cambio de comportamiento de salud es un proceso continuo que las personas emprenden a diario, y es necesaria una mayor comprensión de cómo las personas participan en este proceso de cambio (Ryan, et ál., 2020).

Pinchera, Delloiacono y Lawless (2018) plantean como objetivo de su estudio identificar las estrategias y las intervenciones de los programas que enfermería puede utilizar para proporcionar intervenciones eficaces que promuevan la autogestión en los pacientes y sus familias con enfermedades crónicas.

Según el artículo, en la literatura existente de enfermería sobre autogestión y autocuidado de las enfermedades crónicas se indica que existen características distintas al ayudar a los pacientes y sus familias a aprender los conocimientos y las habilidades para autogestionar su enfermedad (Pinchera et ál., 2018). Se menciona que actualmente, los programas de apoyo a la autogestión utilizan una amplia gama de estrategias de enseñanza-aprendizaje basadas en teorías y filosofías comunes del aprendizaje de adultos, así como en teorías psicosociales y conductuales (Pinchera et ál., 2018)

Luego del análisis de datos (Pinchera et ál., 2018) determinaron que los métodos de enseñanza-aprendizaje utilizados con más frecuencia que informaron los resultados favorables fueron las sesiones educativas con un proveedor de atención médica que se utilizaron en combinación con alguna forma de tecnología de tele salud.

También, el estudio determinó las barreras más frecuentes acerca de la falta de éxito de los participantes en relación con las prácticas de autogestión y autocuidado según los artículos usados para la recolección de datos; entre estas barreras se encuentra: la duración del apoyo brindado, factores psicosocial o psicológico y las limitaciones físicas relacionadas con la enfermedad (Pinchera et ál., 2018).

Seguidamente Kirwan, Vandelanotte, Fenning, y Duncan (2013) en su estudio buscaban examinar la efectividad de una aplicación de teléfono inteligente disponible de forma gratuita,

combinada con comentarios de mensajes de texto de un educador certificado en diabetes para mejorar la autogestión, el control glucémico y otros resultados relacionados con la diabetes en pacientes adultos con diabetes tipo 1 en dos grupos aleatorizados.

Según las pesquisas previas realizadas por los investigadores, existe evidencia que documenta la eficacia, el potencial y los desafíos del uso de teléfonos móviles para mejorar los resultados de salud en la diabetes. La creciente evidencia sugiere que el uso de teléfonos móviles puede mejorar la autogestión de la diabetes y los resultados clínicos; sin embargo, esta evidencia es mucho más sólida para las poblaciones de tipo 2 que para la población de tipo 1 (Kirwan et ál., 2013).

Cabe mencionar que, después de analizar los datos recolectados, los escritores de este artículo no encontraron una mejora en la autogestión en el grupo de intervención. Estudios previos de diabetes por Internet y teléfonos móviles han encontrado cambios positivos en la autogestión; sin embargo, este cambio en la autogestión no siempre se correlaciona con un cambio en la HbA1c (Kirwan et ál., 2013). No hubo cambios en la calidad de vida dentro y entre los grupos a lo largo del tiempo. Este hallazgo está respaldado por estudios previos de telemedicina en diabetes tipo 1 que tampoco pudieron observar una mejora en la calidad de vida a pesar de las mejoras en la HbA1c (Kirwan et ál. 2013).

Por su parte, Jerant, et ál (2005) mencionan en su artículo el término de “autogestión activa”, la cual tiene un valor terapéutico intrínseco, por lo tanto, el desarrollo de programas para promover la autogestión activa y la determinación de los mecanismos que influyen en los resultados debe convertirse en una alta prioridad.

Los autores también mencionan que la autoeficacia, o las expectativas que tienen los pacientes sobre su capacidad para ejecutar con éxito las acciones necesarias a fin de lograr resultados valiosos son mediadores prometedores de los programas que se encargan de promover la autogestión (Jerant et ál. 2005). Por lo tanto, los niveles más altos de autoeficacia se asocian con comportamientos de autocuidado óptimos, y las intervenciones pueden fortalecer la autogestión del paciente y dar como resultado cambios positivos en los comportamientos de salud y mejores resultados de salud (Jerant et ál. 2005).

Para la recolección de los datos se realizaron 10 grupos focales de octubre a diciembre de 2003 con un total de 54 participantes. Gracias a estas intervenciones, en el estudio se lograron determinar las barreras que dificultan la autogestión activa. Entre estas barreras se menciona la depresión, debido a que mantenía a las personas aisladas e incapaces de socializar, hacer frente y "seguir con la vida"(Jerant et ál. 2005). Otra limitación son los problemas relacionados con la dieta, ya que los participantes lucharon con el control del peso y problemas relacionados con la dieta, dado que la mayoría sabía que perder peso les ayudaría a controlar síntomas relacionados con las enfermedades crónicas, sin embargo, no todos los participantes lo lograron (Jerant et ál. 2005).

La siguiente barrera que se encontró fue la dificultad para hacer ejercicio con regularidad, a pesar de que los participantes reconocían la importancia del ejercicio para hacerle frente a sus condiciones sintieron que no podían participar en el ejercicio regular (Jerant et ál. 2005). La cuarta barrera encontrada fue la fatiga, la cual incluso obstaculizó las tareas diarias simples para muchos (Jerant et ál. 2005).

Con respecto a la quinta barrera, esta fue la mala comunicación con los médicos, ya que varios participantes se sintieron "apurados" durante sus visitas y expresaron frases como: "El

médico no tiene tiempo para ser minucioso" y "No puedo hablar con mi médico porque no hay tiempo". Lo cual incluso provocaba que los pacientes no consiguieran desarrollar una comprensión adecuada de la causa de su enfermedad (Jerant et ál. 2005).

Según (Jerant et ál. 2005) la siguiente barrera es la falta de apoyo de la familia, acá muchos participantes indicaron que los esfuerzos que realizaban sus seres cercanos para ayudarlo más bien obstaculizaban su capacidad para hacerle frente a la situación y recuperarse. La séptima barrera la constituye el dolor, ya que este impidió que muchos sujetos hicieran lo que más querían hacer, al dificultarles permanecer de pie, caminar y sentarse durante largos períodos de tiempo. Y por último se encuentra la barrera de problemas económicos, debido a la enfermedad algunas personas tuvieron que abandonar sus trabajos, perdiendo su seguro y otros beneficios, lo que hacía más difícil el manejo de la enfermedad (Jerant et ál. 2005).

En el artículo los autores también exponen las barreras para acceder a los servicios y recursos de autogestión, entre las que se encuentran: la falta de conciencia, ya que muy pocos participantes parecían estar al tanto de los servicios y recursos de apoyo a la autogestión existente (Jerant et ál., 2005).

Las otras barreras que se encontraron fueron los síntomas físicos que limitaban la movilidad, particularmente la fatiga y el dolor. Los problemas para el transporte también se definieron como limitación para acceder a los programas y recursos de autogestión. Por último, los costos del seguro médico fueron la última barrera encontrada para la participación de los programas de autogestión, porque a pesar de que los participantes deseaban fuertemente unirse a un club de salud o gimnasio, el costo constituía una barrera importante para hacerlo (Jerant et ál. 2005).

Con base en todo lo anterior queda claro que la carga de la autogestión es bastante pesada para las personas con afectaciones crónicas, por lo cual se deberían superar las barreras de la autogestión mediante intervenciones de mejora de la autoeficacia (Jerant et ál. 2005).

En el estudio de Hammer et ál (2015) hacen hincapié a la necesidad de la elaboración de estrategias de autocuidado efectivas para los sobrevivientes de cáncer, ya que, ser un participante activo desde el diagnóstico hasta la supervivencia a largo plazo brinda a los pacientes un nivel de autonomía y autogestión que puede mejorar la calidad de vida en general.

Se llevó a cabo una revisión integradora de diversos estudios que determinó que existen tres categorías principales de intervenciones para los pacientes sobrevivientes de cáncer (sesiones educativas y / o de asesoramiento, ejercicio y terapias de MCA) (Hammer et ál., 2015). Además, se enfocaron múltiples resultados con un tema predominante de manejo de síntomas y calidad de vida en general. Entre los muchos síntomas, la fatiga fue el resultado obtenido con más frecuencia en todas las modalidades (Hammer et ál., 2015). Esto es probablemente un reflejo de estudios previos que encontraron que la fatiga es el síntoma más perturbador relacionado con el cáncer que puede persistir durante años después del tratamiento (Hammer et ál., 2015). En general, los hallazgos fueron variables y mostraron tendencias positivas entre las intervenciones y el aumento de las capacidades de autogestión, sin embargo, no presentaron significación estadística (Hammer et ál., 2015).

En su artículo Magalhães, et ál., (2019) mencionan como la enfermería puede ser utilizada para promover el autocontrol y la autogestión de las enfermedades, ya que las intervenciones desde esta ciencia han sido ampliamente probadas y han demostrado su eficacia en pacientes con enfermedades crónicas.

Los programas de autogestión de enfermedad que se mencionan en este artículo proponen intervenciones con el fin de facilitar habilidades personales para auto controlar los síntomas y tomar decisiones informadas como socios activos en el control de su proceso patológico, es decir, su participación facilitará el desarrollo de cuidados personales. Estas intervenciones incluyen estrategias como la retroalimentación, la enseñanza, la creación de situaciones en el contexto de la simulación, el acuerdo terapéutico, el apoyo emocional y el uso de tecnologías de la información (Magalhães et ál., 2019).

En su trabajo Al-Khawaldeh, Al-Hassan, y Froelicher (2012) mencionan la importancia del control de la diabetes, ya que esta es una enfermedad que requiere habilidades esenciales de autocontrol y de autogestión, que los pacientes deben aprender para volverse confiables, capaces y suficientemente responsables para cuidarse a sí mismos.

El autocontrol de la diabetes mellitus tipo 2 es un desafío y a menudo requiere de la adherencia a un régimen de tratamiento complejo que requiere una hábil integración de una dieta saludable, ejercicio regular, control de peso óptimo, autocontrol de la glucosa en sangre y ajuste de la medicación en la rutina diaria durante períodos prolongados (Al-Khawaldeh, et ál., 2012). La autogestión de la diabetes es de gran importancia porque la adopción de hábitos de vida saludables producirá un control glucémico óptimo de la diabetes mellitus, lo que a su vez ayudará a minimizar o prevenir las complicaciones agudas y a largo plazo posteriores de la enfermedad (Al-Khawaldeh, et ál., 2012).

El objetivo principal de este estudio fue examinar la importancia de la autoeficacia del manejo de la diabetes y los comportamientos para predecir el control glucémico en sujetos adultos con DM tipo 2. La muestra estuvo compuesta por pacientes adultos jordanos con DM tipo 2 que

acudían a las consultas externas del Centro Nacional de Diabetes para un seguimiento regular. (Al-Khawaldeh, et ál., 2012).

En el caso de la diabetes mellitus, la autogestión se define como la confianza del paciente en su capacidad para realizar una variedad de comportamientos (Al-Khawaldeh, et ál., 2012). Cuando se presentan bajos niveles de autogestión se puede atribuir a una serie de posibles barreras de las conductas, como factores sociales, culturales, financieros, médicos y otros no médicos, que complican el régimen de los sujetos (Al-Khawaldeh, et ál., 2012).

Se encontró además que la autogestión permite una serie de comportamientos de autocuidado que se realizan con mayor frecuencia, entre los que se encuentran la toma de medicación y la adherencia a la dieta; mientras que las conductas menos realizadas fueron la prueba de azúcar en sangre, el ejercicio y el cuidado de los pies (Al-Khawaldeh, et ál., 2012). Lo más probable es que cada comportamiento requiere diferentes tipos de conocimientos, habilidades, así como diferentes niveles de motivación y confianza (Al-Khawaldeh, et ál., 2012).

Los hallazgos del estudio indicaron que los predictores más estadísticamente significativos del control glucémico fueron la autoeficacia de la dieta, el comportamiento de autocontrol de la dieta y el uso de insulina (Al-Khawaldeh, et ál., 2012). Además, el análisis sugirió que los sujetos con una mayor autoeficacia en la dieta y un mayor comportamiento de autocontrol de la dieta tenían niveles más bajos de HbA1c, por lo cual este comportamiento de autogestión se asoció con un mejor control glucémico (Al-Khawaldeh, et ál., 2012).

Por otro lado, los hallazgos del estudio sugirieron que las creencias de los sujetos sobre sus capacidades para realizar conductas de autogestión varían según la conducta requerida. Por ejemplo, los sujetos que pueden tener más confianza en seguir un plan de dieta saludable pueden

tener menos confianza en su capacidad para hacer ejercicio con regularidad (Al-Khawaldeh, et ál., 2012). Los hallazgos de estos estudios son consistentes con numerosos estudios previos que han demostrado que las calificaciones específicas de autoeficacia fueron predictores significativos de comportamientos de autogestión de la diabetes (Al-Khawaldeh, et ál., 2012).

También, los resultados del estudio indicaron que menos de la mitad de los sujetos participantes había asistido a programas de educación sobre DM, de los cuales más de la mitad tenían niveles de HbA1c no controlados, lo que puede explicar los comportamientos de autocontrol de DM bajos (Al-Khawaldeh, et ál., 2012). Este hallazgo puede sugerir que la educación por sí sola puede no haber sido suficiente para desarrollar la confianza, la motivación y las habilidades necesarias para realizar todas las conductas de autogestión necesarias (Al-Khawaldeh, et ál., 2012).

Lo más probable es que, durante un período, una persona con DM adquiera, use y mantenga las habilidades necesarias de autogestión, un programa integral de educación, asesoramiento e intervenciones conductuales a través del desarrollo de habilidades (Al-Khawaldeh, et ál., 2012).

Hill- Briggs (2003) define la teoría de la autogestión como el proceso mediante el cual se traducen las técnicas de autogestión en autogestión real. Esto se logra al aplicar los pasos de la resolución de problemas a un problema específico de autogestión; un individuo es capaz de provocar y mantener un cambio de comportamiento hacia la autogestión.

Cabe mencionar que, a pesar de un objetivo similar de autogestión y funcionamiento personal óptimos en personas con enfermedades crónicas, el modelo de resolución de problemas para la autogestión no se ha aplicado ampliamente al área de autogestión de enfermedades crónicas o de salud (Hill-Briggs, 2003).

En este artículo se realizó una búsqueda en bases de datos de 1980 a 2001, quedando un total de 21 artículos, de los cuales solo 11 proporcionan datos sobre la resolución de problemas y sobre la capacidad de autogestión y la resolución de problemas en personas con enfermedades crónicas (Hill-Briggs, 2003).

De esta revisión de la literatura, se debe concluir que no se han establecido relaciones claras entre la capacidad de resolución de problemas y el manejo de la diabetes. Una limitación crítica que afecta la capacidad de discernir la relación entre las habilidades de resolución de problemas y la diabetes es la falta de un marco para conceptualizar y medir la resolución de problemas en el contexto de la autogestión de la enfermedad (Hill-Briggs, 2003). A pesar de los hallazgos equívocos en la literatura, el papel de la resolución de problemas en la autogestión de la diabetes sigue siendo ampliamente aceptado clínicamente (Hill-Briggs, 2003).

Por último, Otter et ál (2020) mencionan que la autogestión es la capacidad del individuo para lidiar con las consecuencias de su (s) enfermedad (s) con el fin de mantener una calidad de vida satisfactoria, y es parte de un cambio hacia una atención de salud más participativa.

La autogestión a menudo se refiere a la gestión del impacto de una enfermedad crónica, pero también puede aplicarse al manejo de las consecuencias de otros problemas de salud o a las actividades de promoción de la salud. Por otro lado, el autocuidado, concepto esencial en el manejo de las enfermedades crónicas, no significa necesariamente que los individuos actúen siempre por su cuenta, ya que también incluye la colaboración de los miembros de la familia, la comunidad y profesionales de la salud (Otter et ál., 2020).

En el artículo se hace referencia a los pacientes hospitalizados, mencionando que estos pasan de ser plenamente responsables de su vida, su autogestión y su autocuidado a ser

consumidores pasivos (Otter et ál., 2020). Aquí, el entorno está organizado predominantemente para hacer frente a enfermedades agudas, utilizando intervenciones de alta tecnología para tratar a los pacientes. Sin embargo, se menciona que el apoyar a los pacientes hospitalizados en su autocuidado, en la medida en que la condición del paciente lo permita, puede mejorar los resultados del paciente y cerrar la brecha entre el hospital y el hogar (Otter et ál., 2020)

En base en lo anterior, las enfermeras desempeñan un papel importante en el apoyo a las personas, su autocuidado y autogestión, para esto se requiere que las enfermeras se alejen del estilo tradicional de brindar asesoramiento, información y educación hacia el desarrollo de relaciones de colaboración y asociación con los pacientes utilizando un estilo más de coaching que se centre en las necesidades individuales de los pacientes (Otter et ál., 2020).

El apoyo a la autogestión en los pacientes mayores es particularmente importante porque puede ser difícil para ellos participar activamente en su propio cuidado cuando están hospitalizados y pueden sentirse inútiles, temerosos o sin control de lo que sucede durante la hospitalización (Otter et ál., 2020). Además, a menudo tienen múltiples problemas de salud, problemas de audición o visión, movilidad reducida y falta de experiencia en el trato con los profesionales de la salud. Les preocupa que la hospitalización pueda presagiar un cambio en su capacidad para ser autónomos al regresar a casa (Otter et ál. 2020).

El estudio tiene como objetivo el explorar las percepciones de las enfermeras sobre el autocuidado y el apoyo al autocuidado de los pacientes mayores durante el ingreso hospitalario. Para poder explorar a fondo las percepciones de las enfermeras, se realizó un estudio descriptivo cualitativo utilizando entrevistas de grupos focales, ya que tiene en cuenta la interrelación entre enfermeras durante el cuidado diario (Otter et ál. 2020).

Como resultados se determinó que el autocuidado desarrolla la capacidad de los pacientes para prevenir problemas de salud, fortalece su independencia, estimula la autoestima y promueve la curación (Otter et ál., 2020). Además, el apoyo a la autogestión proporciona una ventaja para las enfermeras porque les permite estimular la cooperación de los pacientes. Las enfermeras también ven el apoyo para el autocuidado como una forma de mostrar respeto. Además, se señala que los pacientes sólo comienzan a reconocer su propia capacidad de autogestión después de los primeros días de ingreso al hospital, cuando comienzan a sentirse mejor (Otter et ál. 2020).

Este estudio proporciona información sobre las percepciones de las enfermeras sobre el autocuidado y el apoyo a la autogestión de los pacientes hospitalizados. Las enfermeras entrevistadas tienen una visión positiva de la autogestión, pero creen que la autogestión de los pacientes mayores hospitalizados no siempre es posible, debido a su estado de salud, conocimientos y percepciones, edad y motivación (Otter et ál. 2020). Las enfermeras indican que a menudo es difícil realizar un apoyo de autocuidado. Nombran su propio comportamiento como el factor limitante más importante para el autocuidado de los pacientes hospitalizados (Otter et ál. 2020).

Se descubrió que la comprensión de las enfermeras sobre la autogestión consiste de dos percepciones: ser autosuficiente y tener el control (Otter et ál., 2020). Investigaciones recientes entre enfermeras comunitarias encontraron resultados similares (Otter et ál. 2020). Las percepciones del apoyo para el autocuidado que surgen en este estudio se centran en ayudar a los pacientes a ser autosuficientes, no en estimular a los pacientes para que tengan el control. Parece que en la práctica actual las enfermeras se centran en estimular la autosuficiencia de los pacientes (Otter et ál. 2020).

### ***2.3.3 Síntesis del Marco Empírico***

Como resultado de la revisión de la literatura más actualizada referente a la temática de estudio, se evidencia que:

- La falta de adquisición o entrenamiento en habilidades de autorregulación conduce a las personas a una adopción de estilos de vida que los predisponen a enfermedades o al agravamiento de aquellas que ya poseen.
- Los adultos a pesar de tener consciencia de que poseen estilos de vida poco saludables en relación con la alimentación no adoptan mejores estilos de vida en base a la falta de habilidades de autorregulación.
- Los programas de salud orientados al entrenamiento en habilidades de autorregulación son capaces de reducir el riesgo cardiovascular a razón de mejores estilos de vida.
- La instrucción por sí sola de habilidades de autorregulación no basta para crear estilos de vida saludable, sino que es necesario complementarlo con un estado de auto preocupación por su salud.
- La autorregulación en ambos sexos suele ser similar si se consideran todos los tipos de motivación y autorregulación utilizados para la adquisición de dicha actividad como algo rutinario.
- La autogestión se puede definir como el proceso sistemático diseñado para ayudar a las personas a gestionar el cambio de comportamiento y a perseguir objetivos auto dirigidos.
- Los estudios determinaron que los procesos de autogestión mejoran los cambios de comportamiento.

- En los artículos en los que se estudiaban las estrategias para favorecer la autogestión se determinó que los métodos de enseñanza-aprendizaje más favorables son las sesiones educativas con un profesional en salud que se utilizaron en combinación con alguna forma de tecnología de tele salud.
- La autoeficacia, o las expectativas que tienen las personas sobre su capacidad para ejecutar con éxito las acciones necesarias a fin de lograr resultados valiosos son mediadores prometedores de los programas que se encargan de promover la autogestión.
- Se determinó que existen una serie de barreras que dificultan la autogestión activa, entre ellas se encuentra: la depresión, los problemas relacionados con la dieta, la dificultad para hacer ejercicios con regularidad, la fatiga, la mala comunicación con los médicos, la falta de apoyo de la familia, el dolor y los problemas económicos. Con base en todo lo anterior queda claro que la carga de la autogestión es bastante pesada, por lo cual se deberán superar las barreras de la autogestión mediante intervenciones de mejora de la autoeficacia.
- Las intervenciones de enfermería pueden ser utilizadas para promover el autocontrol y la autogestión de las enfermedades, ya que las intervenciones de esta ciencia han sido ampliamente probadas y han demostrado su eficacia en pacientes con enfermedades crónicas.
- Se conoce a la teoría de la autogestión como el proceso mediante el cual se traducen las técnicas de autogestión en autogestión real. Esto se logra al aplicar los pasos de la resolución de problemas a un problema específico de autogestión; un individuo es capaz de provocar y mantener un cambio de comportamiento hacia la autogestión.

- El personal de enfermería desempeña un papel importante en el apoyo a las personas, su autocuidado y autogestión, para esto se requiere que las enfermeras y enfermeros se alejen del estilo tradicional de brindar asesoramiento, información y educación hacia el desarrollo de relaciones de colaboración y asociación con los pacientes.
- A pesar de ser la autogestión una habilidad tan necesaria de desarrollar y de estudiar, no se cuentan con estudios a nivel nacional que investiguen sobre esta habilidad.
- La mayoría de los documentos encontrados se centran en la autogestión y el manejo de las enfermedades crónicas, por lo cual existe un vacío de información sobre esta variable en otros ámbitos y circunstancias.

## **Capítulo III: Marco Metodológico**

### **3.1 Modalidad**

El Trabajo Final de Graduación se realizó bajo la modalidad de Seminario de Graduación, el cual es una actividad de investigación académica que, por las características del objeto de estudio, requiere de un esfuerzo grupal para integrar y sistematizar alrededor de un problema científico o profesional, teorías y métodos de investigación propios de la disciplina o disciplinas involucradas (Universidad de Costa Rica, 2020). Las habilidades de autorregulación y su relación con los comportamientos de autogestión en personas adultas constituyen una investigación propia del Cuidado de Enfermería en la cual se aborda la relación entre las variables de las habilidades de autorregulación y los comportamientos de autogestión mediante la teoría de Ryan y Sawin (2009) y así comprender la asociación que existe entre las variables en la vida de las personas.

### **3.2 Diseño**

Para el abordaje de la investigación se utilizará un enfoque cuantitativo y un diseño de investigación no experimental de tipo transversal correlacional descriptivo que según Polit y Beck (2010) busca describir relaciones entre variables sin intentar inferir relaciones causales. En el caso del trabajo se buscará analizar la relación que existe entre las habilidades de autorregulación y los comportamientos de autogestión en personas adultas como lo describe el objetivo general.

### **3.3 Población y muestra**

La población con la que se trabajará en la investigación son personas adultas, que según la Organización Mundial de la Salud (2010) se encuentran entre los 18 y 64 años.

#### **3.3.1 Muestra**

El muestreo fue no probabilístico por conveniencia donde el equipo investigador por medio de criterios de elegibilidad determina la participación en el estudio y de esta manera no todas las personas cuentan con las mismas probabilidades de participar (Polit y Beck, 2010).

### ***3.3.2 Criterios de inclusión y exclusión***

Como parte de los criterios de inclusión se establecieron los siguientes:

- Solo podían participar personas adultas sanas, con edades entre los 18 años y 64 años.
- Residentes en Costa Rica al momento de la recolección de datos.

Los criterios de exclusión establecidos fueron:

- Tener alguna enfermedad que impida realizar actividad física
- Tener un diagnóstico médico de enfermedad psiquiátrica
- Poseer una dieta especial establecida por un profesional de salud debido a una enfermedad.

Debido a que el instrumento HPLP II (Serrano et al, 2016) evalúa los comportamientos promotores en salud que sirven para mantener o aumentar el bienestar y la satisfacción de la persona, determinado por la nutrición, las relaciones interpersonales, la actividad física, el crecimiento espiritual, el manejo del estrés y la responsabilidad hacia la salud, las personas con dietas médicas especiales debido a una enfermedad, enfermedades psiquiátricas diagnosticadas por un profesional en salud y que no puedan realizar actividad física por problemas en su salud podrían representar un sesgo para la investigación, ya que alteran la variable relacionada con los comportamientos de autogestión.

### ***3.3.3 Tamaño de la muestra***

El tamaño de la investigación fue determinado por la técnica de análisis de poder usando el programa estadístico G\*Power, el cual permite realizar diversos cálculos, tales como el del tamaño del efecto, de la potencia esperada de un test, de la muestra necesaria para lograr una determinada potencia, y, además, permite verificar la significación respecto de las posibilidades reales del estudio (Cárdenas, 2014).

Para determinar el tamaño de la muestra el programa necesita el criterio de significancia o alpha que, debido a que la investigación es de bajo riesgo, se estableció en 0.05. El poder se fijó en 0.80 el cual es el aceptado, y para determinar el tamaño del efecto derivado se utilizó como referencia un estudio que utilizó el Índice de Autorregulación y analizó la relación entre el nivel de autorregulación con el de actividad física regular de personas en dos tiempos, en promedio el tamaño del efecto determinó que el mismo fue de  $r=0.24$  por lo que se utilizó este como referencia (Yeom, et ál., 2011).

Ante los datos antes mencionados el programa determinó que la muestra debe ser de 131 personas adultas, sin embargo, al tomar en cuenta que se pueden perder datos se aumentó un 10% adicional, dando como resultado una muestra de 144 personas adultas para la investigación.

#### ***3.3.4 Lugar de la investigación***

Con respecto al escenario del estudio no se contó con una locación fija establecida, llámese empresa, organización, o alguna similar, sino que el medio para llegar a las personas fue a través de plataformas virtuales en internet. Se decidió optar por este medio debido a la situación de salud que atravesaba el país en ese momento a causa de la pandemia por COVID-19 y a la gran incertidumbre que existía, además las medidas sanitarias impuestas por el gobierno para tratar de

frenar la ola de contagios dificultaban de gran forma el acceso a otras personas o lugares específicos para la recolección de datos y el desarrollo de la investigación.

Para lograr tal fin se elaboró un espacio virtual en la red social Instagram titulada “@Cuidemonos.más” donde se compartió información y se generó una interacción con los y las participantes sobre comportamientos saludables. Este tipo de herramienta social digital permitió atraer personas e invitarlas a participar del cuestionario auto administrado que incluía los instrumentos que se utilizaron en el estudio para la obtención de datos.

Para cerciorarse de que las personas cumplieran los criterios de elegibilidad y que no presentaban ningún criterio de exclusión que les impidiera participar del estudio se realizaron una serie de preguntas previas al consentimiento, en donde las personas participantes debían contestar según los requerimientos de la investigación para que pudieran avanzar con la realización del instrumento.

### **3.4 Sistema de variables**

A continuación, se describe la tabla en donde se contiene las variables investigadas; habilidades de autorregulación y comportamientos de autogestión.

De igual manera, se incluye dentro de la tabla, la variable de datos sociodemográficos, que si bien es cierto no está contemplada dentro de las variables correlacionales del estudio en sí, presenta una serie de datos que son igualmente importantes, pues algunos de ellos ayudan a la caracterización de la muestra y al análisis mismo de las variables previamente mencionadas.

**Tabla 1***Sistema de Variables: Características Sociodemográficas*

<b>Variable:</b> Características sociodemográficas			
<b>Definición conceptual:</b> Conjunto de características personales presentes en la población de estudio, tomando aquellas que pueden ser medibles.			
<b>Definición operacional:</b> Cuestionario de elaboración propia			
<b>Dimensión</b>	<b>Item</b>	<b>Indicador</b>	<b>Nivel de medición</b>
Edad	Item 1: ¿Cuántos años tiene cumplidos?	Edad en años cumplidos	Razón
Sexo	Item 2: Sexo	( ) Mujer ( ) Hombre ( ) Otro	Ordinal
Género	Item 3: Género	( ) Femenino ( ) Masculino ( ) Otro:_____	Nominal
Residencia	Item 4: ¿Cuál es su cantón de residencia?	Cantón- Distrito	Nominal
Estado Civil	Item 5: ¿Cuál es su estado conyugal?	( ) En un unión libre o juntado (a) ( ) Casado (a) ( ) Divorciado (a) ( ) Separado (a) ( ) Viudo (a) ( ) Soltero (a)	Nominal

Nivel educativo	Item 6: ¿Cuál es su nivel de educación actual?	<input type="checkbox"/> Ninguno <input type="checkbox"/> Primaria incompleta <input type="checkbox"/> Primaria completa <input type="checkbox"/> Secundaria incompleta <input type="checkbox"/> Secundaria completa <input type="checkbox"/> Secundaria Técnica Completa <input type="checkbox"/> Parauniversitaria <input type="checkbox"/> Universidad completa <input type="checkbox"/> Universidad incompleta <input type="checkbox"/> Posgrado completo <input type="checkbox"/> Posgrado incompleto	Ordinal
Ocupación	Item 7: ¿Cuál es la ocupación u oficio que tiene?	Nombre de la ocupación	Nominal
Red de apoyo	Item 8: ¿Con quién vive usted?	<input type="checkbox"/> Solo <input type="checkbox"/> Con su pareja <input type="checkbox"/> Familiares <input type="checkbox"/> Otros	Nominal

**Tabla 2**

*Sistema de Variables: Comportamientos de Autogestión*

<b>Variable:</b> Comportamientos de autogestión			
<b>Definición conceptual:</b> Habilidad personal para el manejo de acciones de promoción de la salud.			
<b>Definición operacional:</b> Cuestionario de estilos de vida II, del modelo de promoción de la salud de Nola Pender.			
<b>Dimensión</b>	<b>Item</b>	<b>Indicador</b>	<b>Nivel de medición</b>

Crecimiento espiritual	<p>Item 6: Siento que estoy creciendo y cambiando en una forma positiva.</p> <p>Item 12: Creo que mi vida tiene propósito.</p> <p>Item 18: Miro adelante hacia el futuro.</p> <p>Item 24: Me siento satisfecho y en paz conmigo mismo(a).</p> <p>Item 30: Trabajo hacia metas de largo plazo en mi vida.</p> <p>Item 36: Encuentro cada día interesante y retador (estimulante).</p> <p>Item 42: Estoy consciente de lo que es importante para mí en la vida.</p> <p>Item 48: Me siento unido(a) con una fuerza más grande que yo.</p> <p>Item 52: Expongo mi persona a nuevas experiencias y retos.</p>	<p>1: Nunca</p> <p>2: Algunas veces</p> <p>3: Frecuentemente</p> <p>4: Rutinariamente</p> <p>Las anteriores valoraciones surgen como métrica que permite medir con qué frecuencia las personas realizan la conducta o costumbre descrita en cada ítem.</p>	Ordinal
Responsabilidad en Salud	<p>Item 3: Informo a un doctor(a) o a otros profesionales de la salud cualquier señal inusual o síntoma extraño.</p> <p>Item 9: Leo o veo programas de televisión acerca del mejoramiento de la salud.</p> <p>Item 15: Hago preguntas a los profesionales de la salud para poder entender sus instrucciones.</p>	<p>1: Nunca</p> <p>2: Algunas veces</p> <p>3: Frecuentemente</p> <p>4: Rutinariamente</p>	Ordinal

	<p>Item 21: Busco una segunda opinión, cuando pongo en duda las recomendaciones de mi proveedor de servicios de salud.</p> <p>Item 27: Discuto mis cuestiones de salud con profesionales de la salud.</p> <p>Item 33: Examino mi cuerpo por lo menos mensualmente, por cambios físicos o señales peligrosas.</p> <p>Item 39: Pido información de los profesionales de la salud sobre cómo tomar buen cuidado de mi misma(o).</p> <p>Item 45: Asisto a programas educacionales sobre el cuidado de salud personal.</p> <p>Item 51: Busco orientación o consejo cuando es necesario.</p>		
Actividad Física:	<p>Item 4: Sigo un programa de ejercicios planificados.</p> <p>Item 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).</p> <p>Item 16: Tomó parte en actividades físicas livianas a moderadas (tales como caminar</p>	<p>1: Nunca</p> <p>2: Algunas veces</p> <p>3: Frecuentemente</p> <p>4: Rutinariamente</p>	Ordinal

	<p>continuamente de 30 a 40 minutos, 5 o más veces a la semana.</p> <p>Item 22: Tomó parte en actividades físicas de recreación (tales como nadar, bailar, andar en bicicleta).</p> <p>Item 28: Hago ejercicios para estirar los músculos por lo menos 3 veces por semana.</p> <p>Item 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).</p> <p>Item 40: Examino mi pulso cuando estoy haciendo ejercicios.</p> <p>Item 46: Alcanzo mi pulso cardíaco objetivo cuando hago ejercicios.</p>		
Nutrición	<p>Item 2: Escojo una dieta baja en grasas, grasas saturadas, y en colesterol.</p> <p>Item 8: Limito el uso de azúcares y alimentos que contienen azúcar (dulces).</p> <p>Item 14: Como de 6-11</p>	<p>1: Nunca</p> <p>2: Algunas veces</p> <p>3: Frecuentemente</p> <p>4: Rutinariamente</p>	Ordinal

	<p>porciones de pan, cereales, arroz, o pasta (fideos) todos los días.</p> <p>Item 20: Como de 2 a 4 porciones de frutas todos los días.</p> <p>Item 26: Como de 3 a 5 porciones de vegetales todos los días.</p> <p>Item 32: Como de 2 a 3 porciones de leche, yogurt, o queso cada día.</p> <p>Item 38: Como solamente de 2 a 3 porciones de carne, aves, pescado, frijoles, huevos, y nueces todos los días.</p> <p>Item 44: Leo las etiquetas nutritivas para identificar el contenido de grasas y sodio en los alimentos empacados.</p> <p>Item 50: Como desayuno.</p>		
Relaciones Interpersonales	<p>Item 1: Discuto mis problemas y preocupaciones con personas allegadas.</p> <p>Item 7: Elogio fácilmente a otras personas por sus éxitos.</p> <p>Item 13: Mantengo relaciones significativas y enriquecedoras.</p> <p>Item 19: Paso tiempo con amigos íntimos.</p> <p>Item 25: Se me hace fácil demostrar preocupación, amor</p>	<p>1: Nunca</p> <p>2: Algunas veces</p> <p>3: Frecuentemente</p> <p>4: Rutinariamente</p>	Ordinal

	<p>y cariño a otros.</p> <p>Item 31: Toco y soy tocado(a) por las personas que me importan.</p> <p>Item 37: Busco maneras de llenar mis necesidades de intimidad.</p> <p>Item 43: Busco apoyo de un grupo de personas que se preocupan por mí.</p> <p>Item 49: Me pongo de acuerdo con otros por medio del diálogo y compromiso.</p>		
Manejo del estrés	<p>Item 5: Duermo lo suficiente.</p> <p>Item 11: Tomo algún tiempo para relajarme todos los días.</p> <p>Item 17: Acepto aquellas cosas en mi vida que yo no puedo cambiar.</p> <p>Item 23: Me concentro en pensamientos agradables a la hora de acostarme.</p> <p>Item 29: Uso métodos específicos para controlar mi tensión.</p> <p>Item 35: Mantengo un balance del tiempo entre el trabajo y los pasatiempos.</p> <p>Item 41: Práctico relajación o meditación por 15-20 minutos diariamente.</p> <p>Item 47: Mantengo un balance</p>	<p>1: Nunca</p> <p>2: Algunas veces</p> <p>3: Frecuentemente</p> <p>4: Rutinariamente</p>	Ordinal

	para prevenir el cansancio.		
--	-----------------------------	--	--

**Tabla 3**

*Sistema de Variables: Habilidades de autorregulación*

<b>Variable:</b> Habilidades de autorregulación			
<b>Definición conceptual:</b> Proceso sistemático diseñado para ayudar a las personas a gestionar un cambio en sus comportamientos con el fin de perseguir sus objetivos de una manera autodirigida.			
<b>Definición operacional:</b> Self-Regulation Index (Index de autorregulación), proceso de traducción - re traducción. realizado por Ana Laura Solano López			
<b>Dimensión</b>	<b>Item</b>	<b>Indicador</b>	<b>Nivel de medición</b>
Reacondicionamiento	Item 1: Pienso en los beneficios de cambiar las maneras en las que cuido de mí mismo Item 2: Me acuerdo a mí mismo de lo bueno que estoy haciendo al cambiar las maneras en las que cuido de mí mismo Item 3: Me acuerdo a mí mismo de la importancia de cambiar las maneras en las que cuido de mí mismo	0: Nunca 1: Algunas veces 2: Frecuentemente 3: Rutinariamente	Ordinal
Control de estímulos	Item 4: Le doy seguimiento a cómo me está yendo cambiando las maneras en las que cuido de mí mismo	0: Nunca 1: Algunas veces 2: Frecuentemente 3: Rutinariamente	Ordinal

	<p>Item 5: Observo los signos de progreso mientras cambio las maneras en las que cuido de mí mismo</p> <p>Item 6: Me monitorizo para ver si estoy cumpliendo mis metas</p>		
Monitoreo conductual	<p>Item 7: He aprendido nuevos hábitos que me ayudan a cuidar de mí mismo</p> <p>Item 8: He aprendido a abordar las viejas situaciones de nuevas maneras</p> <p>Item 9: He aprendido a hacer cambios con los que puedo vivir</p>	<p>0: Nunca</p> <p>1: Algunas veces</p> <p>2: Frecuentemente</p> <p>3: Rutinariamente</p>	Ordinal

### **3.5 Técnicas de Recolección de Datos e Instrumentos Utilizados**

Para llevar a cabo la correspondiente recolección de datos en el presente trabajo de investigación se utilizó el cuestionario, el cual consiste en una serie de preguntas que medían una o más variables, y que además respondían a la hipótesis y objetivos de la investigación (Hernandez, Fernández, Baptista, 2014). Además, el cuestionario fue un instrumento estructurado, en donde los encuestados daban respuesta a las interrogantes en un mismo orden. La mayoría de las preguntas que se incluyeron fueron de tipo cerrado, en donde el investigador previamente especificaba las alternativas de respuesta. La utilización de este tipo de interrogantes asegura la comparabilidad de las respuestas y facilita el posterior análisis (Polit y Beck, 2010).

En esta técnica de recolección de datos también es frecuente incluir una presentación o carta donde se expliquen los propósitos de este y se garantice la confidencialidad de la información, lo que permite generar mayor confianza en el encuestado. Además, para que el cuestionario fuera un instrumento de recolección de datos claro para las personas se incluyeron las respectivas instrucciones que indican cómo contestar las preguntas (Gómez, 2016). Todo esto fue considerado dentro del presente trabajo, para que el instrumento administrado fuera lo más claro posible y cumpliera con su objetivo.

Además de lo mencionado anteriormente, se eligió el cuestionario debido a que son mucho menos costosos que las otras técnicas de recolección, asimismo, requieren de menos esfuerzo para ser administrados, permiten mantener el anonimato y le brindan a la persona mayor privacidad con respecto a las respuestas brindadas (Polit y Beck, 2010). En este estudio se decidió utilizar un cuestionario de tipo auto administrado, en donde los y las participantes contestaron directamente el cuestionario y no hubo ningún intermediario, sin embargo, para facilidad de las personas

participantes se dejó un canal de contacto disponible para aclarar dudas o recibir sugerencias de los encuestados.

Para recolectar los datos se utilizaron tres instrumentos; uno dirigido a abordar los datos sociodemográficos de la persona (Anexo 1). El segundo se encargó de medir la variable de autorregulación y por último el tercero se encargó de medir la variable de autogestión basado en comportamientos promotores en salud (Pérez-Fortis et ál., 2012).

El instrumento Escala de Estilo de Vida Promotor de Salud II (Health-Promoting Lifestyle Profile II (HPLP II)) (Anexo 2), se utilizó para medir los comportamientos promotores de salud y en esta ocasión también funcionó para cuantificar la variable de comportamientos de autogestión. La versión utilizada en la presente investigación es la traducción oficial al idioma español, que dicho sea de paso ya cuenta con su respectiva validación en este idioma.

Por otro lado, el instrumento Índice de Autorregulación (Index of Self- Regulation (IRS)) (Anexo 3), encargado de medir la variable de autorregulación, se encontraba originalmente en idioma inglés, y validada en su idioma original, por lo cual para la recolección de datos se utilizó su adaptación al idioma español elaborado por la PhD. Ana Laura Solano López- directora del presente trabajo-, la cual fue realizada mediante un proceso de traducción y retraducción, en donde se toma en consideración las diferencias lingüísticas y culturales existentes entre las poblaciones a las que se dirigen estas versiones (Pérez-Fortis, Ulla Díez, & Padilla, 2012). Esta traducción ha sido revisada críticamente y se realizaron pruebas piloto con 15 personas, las cuales han permitido evaluar la claridad de los enunciados y elaborar las correcciones necesarias, con el fin de que el instrumento se adapte y sea comprensible para los y las participantes, además, estas pruebas preliminares son útiles para determinar si el instrumento es conveniente para recolectar la

información deseada (Pérez-Fortis et ál., 2012). Con los resultados de esta investigación se podría iniciar un proceso de validación y confiabilidad en la población costarricense.

### ***3.5.1 Escala de Estilo de Vida Promotor de Salud II (Health-Promoting Lifestyle Profile II (HPLP II)***

Como se mencionó anteriormente la Escala de Estilo de Vida Promotor de Salud II, permite una valoración de los estilos de vida y comportamientos promotores de salud que sirven para mantener o aumentar el bienestar y la satisfacción de la persona (Serrano-Fernández, Boada-Grau, Vigil-Colet, y Gil-Ripoll, 2016). La versión en español del HPLP II se desarrolló utilizando un método de traducción y traducción inversa.

El HPLP II es una revisión del HPLP original, la cual fue desarrollada por Walker, Sechrist y Pender (1987) y constaba de 48 ítems con seis subescalas. Los autores revisaron el HPLP original para aumentar aún más la validez de contenido, para garantizar la coherencia con la literatura y las prácticas actuales con respecto a las dimensiones de un estilo de vida que promueve la salud, además, se buscaba mejorar el equilibrio entre las subescalas, por lo que el instrumento se modificó (Pérez-Fortis et ál., 2012)

El instrumento actual está compuesto por 52 ítems y 6 subescalas. Utiliza un formato tipo Likert de cuatro puntos (1 = nunca, 2 = algunas veces, 3 = frecuentemente y 4 = rutinariamente) para registrar las respuestas de la persona. Las subescalas y la distribución del número de ítems que contemplan las escalas son las siguientes: actividad física 8 ítems, crecimiento espiritual 9 ítems, manejo del estrés 8 ítems, nutrición 9 ítems, relaciones interpersonales 9 ítems y responsabilidad hacia la salud, compuesto por 9 ítems (Serrano-Fernández et ál., 2016).

El resultado final se calcula sumando las puntuaciones de las respuestas brindadas por el individuo en los 52 ítems, además, también se puede calcular el resultado de las subescalas al sumar las puntuaciones de los ítems correspondientes a cada una de ellas. Por otro lado, la escala se interpreta según el puntaje obtenido por las personas, de esta forma a mayores puntajes obtenidos mayores estilos de vida promotores de salud, mientras que los puntajes más bajos se relacionaban con menos capacidad de estilos de vida promotores de salud.

La validez y confiabilidad de la escala en inglés fue probada con 712 adultos estadounidenses de entre 18 y 92 años. A raíz de esta validación se informa un coeficiente alfa para la escala total de .94, y los coeficientes alfa para las subescalas variaron de .79 a .87. En cuanto a la consistencia interna, presenta un alfa de Cronbach de .94 para el puntaje total de la escala HPLP II, con coeficientes alfa para las seis subescalas que van desde .69 para Manejo del Estrés a .82 para Actividad Física y Crecimiento Espiritual (Pérez-Fortis et ál., 2012).

En este mismo artículo (Pérez-Fortis et ál., 2012) realizan una investigación en donde se evaluaron las propiedades psicométricas de la versión en español del HPLP II, proporcionando una medida válida y confiable del constructo de un estilo de vida promotor de la salud en España. Para llevar a cabo la evaluación se contó con una población elegible de 27349 estudiantes universitarios matriculados para el período académico 2006-2007 en la Universidad de Castilla-La Mancha, España. De toda la población se tomó una muestra por conveniencia de 1250 estudiantes, en donde las edades de los y las participantes oscilaron entre los 18 a 56 años (Pérez-Fortis et ál., 2012).

La investigación determinó que el HPLP II en español posee un coeficiente alfa de Cronbach de .89 para la puntuación total de la escala. Sin embargo, se encontraron coeficientes alfa más bajos en los apartados de nutrición y estrés, ya que se revelaron propiedades psicométricas

inadecuadas en dos ítems de la subescala de nutrición, los cuales fueron eliminados, ayudando a aumentar el coeficiente alfa proyectado para la subescala (Pérez-Fortis et ál., 2012).

El estudio logró concluir que el HPLP II en español tiene propiedades psicométricas adecuadas para ser una herramienta útil para evaluar conductas promotoras de salud en la población española. Además, los resultados de este estudio son consistentes con otras investigaciones que han probado la idoneidad de la versión original para hablantes de otros idiomas (Pérez-Fortis et ál., 2012).

### ***3.5.2 Escala Índice de Autorregulación (Index of Self- Regulation IRS)***

Para medir la variable de habilidades de autorregulación, se utilizó el Índice de Autorregulación (ISR por sus siglas en inglés), el cual originalmente es un cuestionario en inglés desarrollado por Fleury en 1998; sin embargo, a lo largo de los años se le han realizado diferentes modificaciones, principalmente relacionadas con el número de ítems y el idioma en el que se encuentra.

Además, el Índice de Autorregulación evalúa el esfuerzo del individuo para realizar cambios de comportamiento y la modulación de los pensamientos, las emociones y las acciones que son necesarias para alcanzar determinadas metas. Dado lo anterior es que se puede concluir que el ISR se puede utilizar tanto para evaluar cambios de comportamiento generales o bien específicos (Moore et ál., 2016).

El ISR a utilizar en este estudio es el que cuenta con nueve ítems y se encarga de medir el nivel de autorregulación de los individuos para los comportamientos de salud. El ISR presenta 3 subescalas denominadas: reacondicionamiento (preguntas 1, 2 y 3), control de estímulos (4, 5 y 6) y monitoreo conductual (7, 8 y 9) (Yeom et ál., 2011).

La respuesta a estos nueve ítems se realiza mediante una escala tipo Likert que va desde 1 (muy en desacuerdo) a 6 (muy de acuerdo) (Yeom, et ál, 2011). Para calcular el resultado final del instrumento se deben sumar las puntuaciones obtenidas en cada uno de los ítems, por otro lado, la interpretación del IRS depende de la puntuación obtenida; un resultado más alto indica un mayor nivel de autorregulación total y un mayor nivel de autorregulación para las subescalas que propone el instrumento.

Como se mencionaba anteriormente, el IRS ha sufrido diferentes modificaciones desde su creación, por lo tanto, en la validación se creó una comparación entre el primer IRS de 16 ítems y su modificación a 9 ítems. Para obtener estos datos, se calcularon estimaciones de la consistencia interna de la escala para cada una de las tres subescalas (reacondicionamiento, control de estímulos y seguimiento del comportamiento) del ISR de forma corta. La confiabilidad alfa de las subescalas varió de .72 a .86, con una confiabilidad de escala total de .87 entre ambas versiones del instrumento (Yeom et ál., 2011). La validez del constructo se examinó mediante un análisis en donde se correlacionaba las subescalas de ISR con constructos teóricamente relacionados de la evaluación de la motivación y el desempeño de la actividad física regular (Yeom et ál., 2011).

Existe diversidad de investigaciones que han buscado desarrollar y evaluar las propiedades psicométricas del ISR y hasta el momento han sido exitosas, por lo cual sugieren que el ISR es una herramienta prometedora para medir la autorregulación y para mantener cambios en los comportamientos de salud (Yeom et ál., 2011) y es por estas razones que se decide utilizarlo como instrumento de recolección de datos en esta investigación.

### ***3.5.3 Procedimientos para la recolección y manejo de datos***

Para la recolección de datos se invitó a las personas a formar parte de la investigación mediante el uso de redes sociales, específicamente de Instagram, la cual fue elegida para el proceso de implementación de la encuesta y recolección de datos por poseer un mayor alcance y ser mucho más amigable con el usuario o usuaria. En esta red social se creó un perfil comercial llamado “@cuidandonos.más”, el cual funcionó como medio para acceder a la población y para que se pudieran resolver dudas y consultas, con los diferentes integrantes del equipo y con la directora del trabajo, además, se brindaron otros medios de contacto como el correo institucional y el número de teléfono personal, esto para los canales de comunicación fueran de más fácil acceso para ambas partes.

La creación de este perfil comercial fue de gran importancia, pues también se utilizó como medio de divulgación de información, con el fin de preparar de manera conceptual a cada persona que decidiera ser parte del estudio, por medio de publicaciones en donde se expusieron los conceptos importantes de la investigación, de una manera sencilla y visualmente atractiva, todo esto sobre la base de que la participación de cada persona fuese lo más informada posible. Además, se crearon publicaciones que incluían datos curiosos relacionados a las ECNT que más afectan a las personas, esto con el objetivo de llamar la atención de las personas participantes y que pudieran observar la relevancia del tema investigado.

A través del perfil “@cuidandonos.más” de Instagram se invitó a las personas a completar una encuesta autoadministrada. Con el fin de asegurarse de que los encuestados y encuestadas fueran aptos para la investigación se incluyeron una serie de criterios de inclusión y exclusión dentro de la encuesta suministrada, para que, solo aquellos que cumplieran con las especificaciones pudieran ser parte del estudio.

Después de que las personas cumplieran con los debidos criterios de inclusión, se les desplegaba el consentimiento informado (Anexo 4), en donde las personas decidían si aceptaban o no participar de la investigación. En el consentimiento, se detallaba de manera clara y concisa, los nombres de los investigadores y la institución educativa a la cual pertenecen, el objetivo del estudio, nombre de la investigación, el papel de los y las participantes dentro de la investigación, los riesgos y beneficios que podía presentar al participar de la misma y finalmente se detallaba aspectos de voluntariedad y confidencialidad. Si la persona estaba de acuerdo en participar de la investigación entonces proseguía con el llenado de los instrumentos encargados de medir las variables de estudio anteriormente seleccionadas. Cabe mencionar que en la elaboración del instrumento se utilizó la plataforma de LimeSurvey, pues esta se adapta al estándar de calidad y formalidad necesaria para el este trabajo de graduación, además, de la facilidad de exportación de datos para su posterior análisis.

El tiempo dedicado al proceso de acercamiento a la población fue de aproximadamente 2 semanas, en donde, además, se logró sumar más de 150 seguidores dentro del perfil, lo que permitió liberar la encuesta y comenzar a recopilar los datos de aquellas personas que así lo deseaban.

### **3.6 Análisis de Datos**

Para el análisis de los datos obtenidos se utilizó el programa PSPP, además estos resultados se presentan por medio de tablas y gráficas. Asimismo, se llevó a cabo un análisis estadístico descriptivo de los datos recolectados; el cual está constituido por tres elementos centrales: la distribución de frecuencias, las medidas de tendencia central y las medidas de variabilidad (Gómez, 2016).

Para comprender de qué trata la distribución de frecuencias se debe primero tener claro el significado de “frecuencia”, la cual consiste en la cantidad de veces que aparece una categoría de una variable sobre el total de casos analizados (Gómez, 2016). Con respecto a la “distribución de frecuencias” esta constituye el conjunto de puntuaciones de una variable, ordenadas en sus respectivas categorías. A veces, las categorías de las distribuciones de frecuencias son tantas que es necesario resumirlas, agrupándolas en intervalos (Gómez, 2016).

El otro elemento presente en el análisis descriptivo son las medidas de tendencia central, las cuales son puntajes específicos de una distribución que se calculan con los datos obtenidos en la tabla de distribución de frecuencias, de acuerdo con los valores y la cantidad de datos que contenga. Cabe mencionar que las medidas de tendencia central más utilizadas son la media, la mediana y la moda (Gómez, 2016).

El último componente constituye las medidas de la variabilidad, las cuales indican la dispersión de los datos en la escala de medición y ayuda a comprender cómo están diseminadas las puntuaciones o los valores obtenidos. Las medidas de tendencia central son valores y las medidas de la variabilidad son intervalos, designan distancias o un número de unidades en la escala de medición. Las medidas de la variabilidad más utilizadas son rango, desviación estándar y varianza (Gómez, 2016). Una vez que se tienen las medidas de variabilidad se deben de interpretar y analizar, lo cual implica interpretar las medidas de tendencia central y las de variabilidad en conjunto, no aisladamente (Gómez, 2016).

Además, para llevar a cabo la correlación de las variables se utilizará la correlación de Pearson, la cual es una prueba estadística para analizar la relación entre dos variables medidas en

un nivel por intervalos o de razón. Se le conoce también como “coeficiente producto-momento” y se simboliza con una “r” (Hernandez, et ál., 2014).

Este coeficiente se calcula a partir de las puntuaciones obtenidas en una muestra de dos variables. Se relacionan las puntuaciones recolectadas de una variable con las puntuaciones obtenidas de la otra, con los mismos participantes o casos. Con respecto a la interpretación el coeficiente “r” de Pearson puede variar de  $-1.00$  a  $+1.00$ , donde:  $-1.00$  se considera como correlación negativa perfecta; lo que se puede interpretar como: “A mayor X, menor Y”, de manera proporcional. Es decir, cada vez que X aumenta una unidad, Y disminuye siempre una cantidad constante (Hernandez, et ál, 2014). Por otro lado, cuando el coeficiente de Pearson es  $0.00$  = No existe correlación alguna entre las variables y si el resultado es  $+1.00$  = se presenta una correlación positiva perfecta. (“A mayor X, mayor Y” o “A menor X, menor Y”, de manera proporcional) (Gómez, 2016).

A continuación, se presenta una clasificación más detallada de las calificaciones del “r” de Pearson según el grado de correlación existente entre ambas variables (Hernandez, et ál., 2014):

- $-0.90$  = Correlación negativa muy fuerte.
- $-0.75$  = Correlación negativa considerable.
- $-0.50$  = Correlación negativa media.
- $-0.25$  = Correlación negativa débil
- $-0.10$  = Correlación negativa muy débil
- $0.00$  = No existe correlación alguna entre las variables.
- $+0.10$  = Correlación positiva muy débil.
- $+0.25$  = Correlación positiva débil.

- +0.50 = Correlación positiva media.
- +0.75 = Correlación positiva considerable.
- +0.90 = Correlación positiva muy fuerte.
- +1.00 = Correlación positiva perfecta

El signo indica la dirección de la correlación (positiva o negativa); y el valor numérico, la magnitud de la correlación. Si la significancia de la correlación es menor del valor 0.05, se dice que el coeficiente es significativo en el nivel de 0.05 (95% de confianza en que la correlación sea verdadera y 5% de probabilidad de error). Si la significancia es menor a 0.01, el coeficiente es significativo al nivel de 0.01 (99% de confianza de que la correlación sea verdadera y 1% de probabilidad de error) (Hernandez, et ál., 2014).

### **3.7 Consideraciones éticas de la investigación**

Debido a que se trabajará con seres humanos, y con el fin de cumplir con el principio fundamental de respeto hacia las personas participantes de la investigación, se tomará en cuenta aspectos bioéticos teniendo como base la Ley Reguladora de Investigación Biomédica No. 9234, publicada en la Gaceta el 25 de abril del 2014. Aunado a ello, se tomará en cuenta las definiciones establecidas en el Informe Belmont (1979). De igual forma se tomarán en cuenta las consideraciones establecidas en el Reglamento de la Investigación de la Universidad de Costa Rica (2018), con el fin de cumplir con los principios éticos de la institución a la que pertenece la investigación.

### ***3.7.1 Principios éticos***

Según el informe de Belmont (1979) se describen los principios a tomar en cuenta para el abordaje de investigaciones en las cuales se trabaja con personas:

- **Respeto a las personas:** este principio se basa en dos prerequisites morales: el primero es reconocer la autonomía de cada persona, y el segundo, proteger a aquellos que tengan su autonomía un poco disminuida de uno u otro modo. El respeto a la autonomía se logra dando valor a las consideraciones y opiniones de cada persona y no poniendo obstáculos en sus acciones a menos de que sean realmente perjudiciales. Con respecto al segundo prerequisite, algunas personas ven debilitada su autonomía por diversos factores, por lo que se debe intentar darles la protección adecuada a sus necesidades.

De manera que se pueda respetar la autonomía de cada uno de los y las participantes a los mismos se les explicará de forma escrita la investigación y la utilización de los datos que ellos están proporcionando, de esta manera podrán decidir si desean participar de manera voluntaria de la misma y se especificará que en caso de que deseen abandonar la misma en cualquier momento, pueden hacer uso de su derecho y retirarse. La información que compartirá cada persona no es sensible y no será tratada de manera individual.

- **Beneficencia:** este principio se basa en el hecho de que además de respetar a las personas y procurar no hacerles ningún daño, también se debe buscar generales el bien. En la investigación, la beneficencia es una obligación y deben de cumplirse dos puntos; 1) no causar ningún daño y 2) disminuir los daños que puedan presentarse y maximizar los beneficios posibles. Bajo este principio, siempre es importante recordar la máxima hipocrática “no causar daño”, ya que es un principio fundamental de la ética médica.

El riesgo en la investigación es mínimo debido a que la misma no puede ocasionar daño físico, mental o moral a la persona, sin embargo, basado en el principio de la beneficencia y procurando dar beneficio a la población por medio de la investigación se aprovechará el espacio virtual utilizado para difundir información sobre la importancia de estilos de vida saludables que son un provecho para cada persona que accede a esta información, además se distribuirá información sobre la importancia de la autorregulación y los comportamientos de autogestión en salud. Otro beneficio que posee la investigación es que el cuestionario HPLP II posibilita reflexionar sobre los comportamientos en salud que realiza la persona. También es importante recalcar que la investigación genera impacto tanto en la profesión para evidenciar la relación de estas variables y así determinar la forma de educar sobre autogestión en salud; como a nivel social ya que es una herramienta para la atención en salud de la población del país.

- Justicia: se basa en la idea de que los iguales deben ser tratados como iguales, por ello, la información que pueda beneficiar a las personas debe ser compartida a todos por igual. La investigación se realizará de manera comprensiva, coherente y manteniendo un equilibrio entre utilidad y justicia. La información suministrada posterior al análisis de la información no será para un sector o grupo específico, sino que podrá ser utilizada por el personal de salud que es en el campo donde se desarrolla la misma y la aplicación podrá ser en la población en general, de igual forma la información compartida sobre los beneficios de la autogestión y la autorregulación por redes sociales serán de acceso público.

Cabe resaltar que existen criterios de elegibilidad para formar parte de la investigación, sin embargo, la información final suministrada y la información sobre beneficios compartida

no tendrá restricción de acceso. La investigación será monitorizada de manera que las personas participantes no excedan la muestra específica para la investigación.

Como parte de la devolución de resultados se presentará un resumen informativo de la investigación y se publicará en el espacio virtual utilizado para acceder a la investigación y la publicación de la información antes mencionada.

Debido a que el cuestionario es de manera virtual se evitan riesgos relacionados al contacto físico y molestias que puedan ser percibidas por parte de los y las participantes, de igual manera al utilizarse este método no existe la posibilidad de que la persona se sienta obligada a contestar y puede abandonar cuando lo considere necesario la investigación. La investigación también es anónima por lo que la persona no corre el riesgo de que la información que proporcionó pueda ser asociada a la misma.

El cuestionario cuenta con los datos claros de manera que la persona se encuentre informada sobre la investigación, los instrumentos utilizados fueron por igual para todos los participantes. Cabe mencionar, que los investigadores se encuentran debidamente acreditados como investigadores observacionales, por el Comité Ético Científico de la Universidad de Costa Rica, tras aprobar el curso de Buenas Prácticas Clínicas impartido por la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica, en el año 2020. De igual manera, durante la etapa de recolección de datos se contó con acompañamiento por parte de la directora de la tesis.

## **Capítulo IV: Resultados**

En el siguiente capítulo se presentan los resultados obtenidos acerca de las variables de interés: la autorregulación y los comportamientos de autogestión, así como la descripción de la caracterización de la muestra por medio de los datos sociodemográficos. El análisis de las variables estudiadas y sus asociaciones permiten alcanzar los objetivos de la presente investigación.

#### **4.1 Datos Generales**

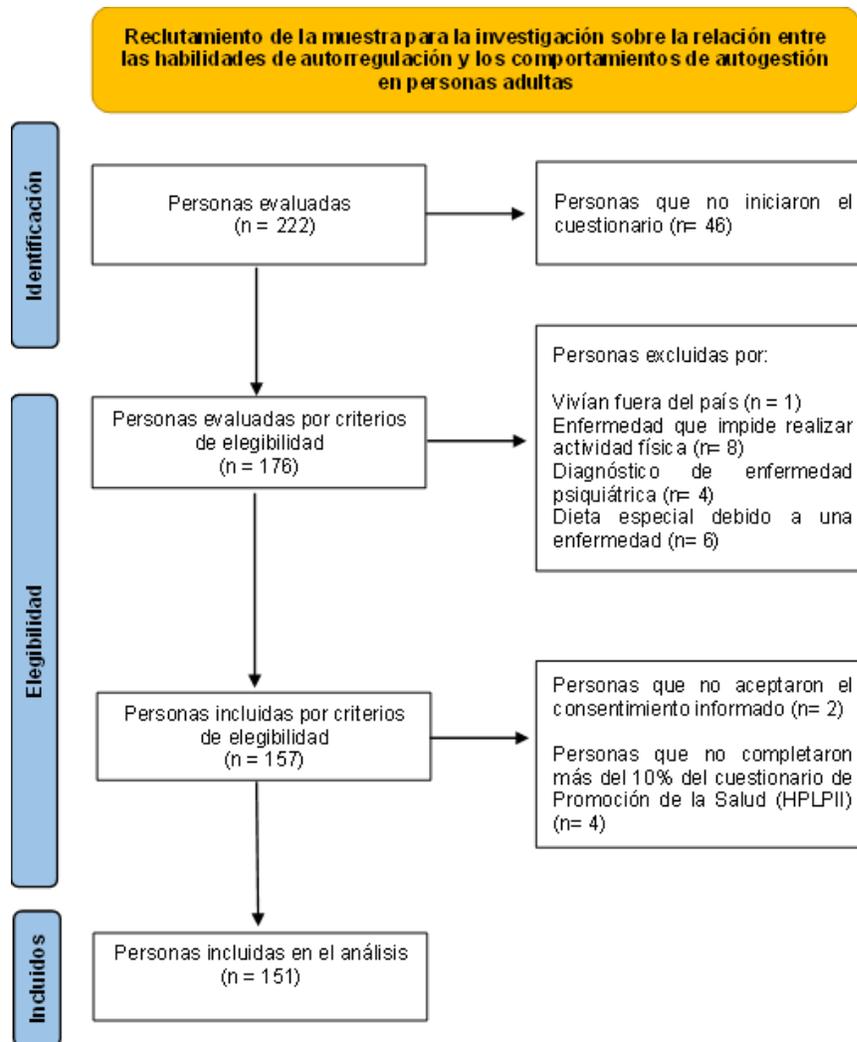
Una vez liberada la encuesta en línea, se obtuvieron un total de 222 respuestas (Ver figura 4), de las cuales 46 personas no iniciaron el instrumento o bien no lo completaron; dejando 176 encuestas completas. Sin embargo, a este número se le restaron 19 encuestas que correspondían a las personas que no cumplieron con los criterios necesarios, dejando así un total de 157 encuestas.

Cabe mencionar que de las 157 encuestas que sí cumplían con todos los criterios de elegibilidad se tuvieron que retirar 4 encuestas más, ya que se presentaban datos faltantes en los instrumentos de valoración, lo que a la larga podía generar un sesgo en los resultados finales. El criterio tomado en cuenta para descartar una respuesta por datos faltantes consistía en que los o las participantes en el instrumento HPLP II debían de tener más de 5 ítems sin respuesta, o su equivalente al 10% del instrumento sin contestar. Por otra parte, las personas que tenían 5 o menos de 5 ítems sin respuesta no se eliminaban del estudio, sino que estos datos faltantes se sustituyeron con el promedio de las respuestas de los y las participantes en esa escala para obtener los resultados en estos ítems vacíos. Además, dos personas no completaron el consentimiento informado. Por lo que quedó una muestra total de 151 respuestas utilizables para el análisis de datos.

La muestra meta era de 144, la cual contemplaba un 10% de aumento por la potencial pérdida de datos. Sin embargo, la muestra final estuvo constituida por 151 personas, por lo que, en el momento de la recolección se aumentó en un 15%

**Figura 4**

*Diagrama de Prisma del proceso de reclutamiento de la muestra.*



*Elaboración propia. 2021.*

En la tabla 4 se describen las características generales de la muestra obtenida. Las personas participantes provenían de las 7 provincias del país. La mayoría de las personas residían en San José, seguido de Cartago, Alajuela y Heredia. Solamente un 5% de personas provenían de provincias costeras. Esto significa que el 95% de los datos obtenidos pertenecen a personas que

viven en el Gran Área Metropolitana y el restante a las otras provincias del país. Los cantones con mayor participación corresponden a San José (17%) y Escazú (15%), ambos de la provincia de San José, correspondiente al 58% de las personas encuestadas.

Las edades de las personas participantes variaron en un rango de 18 a 62 años, el promedio de edad fue de 28,16 años, la desviación estándar fue de 9,80 y la moda fue de 24 años. Se aprecia como la mayor cantidad de participantes se encontraban en las edades de 20-29 años y en segundo lugar en las edades de 30 a 39 años, por lo que la población que principalmente participó fueron los pertenecientes a la adultez temprana y la participación disminuye con relación a la edad.

La mayor participación en la encuesta fue de mujeres (n=95, 63%) y del género femenino (n=90, 60%); se notó que varias personas que no identificaron sexo (n=3, 2%) aumentaron al no identificar un género (n=6, 4%), sin embargo, fueron muy pocas las personas que marcaron estas opciones.

Al observar los datos del estado conyugal, estos datos evidencian que de las personas que participaron en la investigación la mayoría son solteros y muchos de estos viven con sus familias determinando que las personas se encuentran en convivencia con más miembros y por ende comparten algunas características con su grupo familiar.

**Tabla 4**

*Frecuencia absoluta y relativa de las personas participantes según datos sociodemográficos (n=151)*

<b>Variable</b>	<b>Frecuencia Absoluta</b>	<b>Frecuencia Relativa</b>
<b>Provincia</b>		
San José	88	58%
Cartago	32	21%
Alajuela	14	9%
Heredia	10	7%
Puntarenas	4	3%
Limón	2	1%
Guanacaste	1	1%
<b>Rango de edad</b>		
18-19	17	11%
20-29	90	60%
30-39	22	15%
40-49	12	8%
50-59	9	6%
60-64	1	1%
<b>Condición civil</b>		
Soltero	109	72,2
Unión libre o juntados	11	7,3
Casados	18	11,9
Divorciados	5	3,3
Separados	1	0,7
Viudos	4	2,6
No responde	3	2,0
<b>Convivencia</b>		
Solo	13	8,6
Con su pareja	21	13,9
Familiares	112	74,2
Otro	5	3,3
<b>Escolaridad</b>		
Primaria Completa	1	1%
Secundaria incompleta	6	4%
Secundaria completa	13	9%
Secundaria técnica incompleta	1	1%
Secundaria técnica completa	12	8%
Parauniversitaria	5	3%
Universidad incompleta	67	44%
Universidad completa	34	23%
Postgrado incompleto	1	1%
Postgrado completo	9	6%
No contestaron	2	1%

Fuente: Elaboración propia con datos de la ficha sociodemográfica

Al preguntar por la ocupación de cada persona se obtuvo que 55 (36%) personas encuestadas son estudiantes, 5 (3%) personas además de estudiar realizan otra labor, la segunda y tercera ocupación fueron los contadores y docentes, con un total de 7 (5%) personas en cada profesión. La participación estudiantil fue la más elevada mientras que hubo una gran cantidad de personas de distintas ocupaciones que participaron en la investigación.

## 4.2 Variables Principales

En la Tabla 5 se pueden observar los resultados de las variables principales del estudio: autogestión y autorregulación. En lo referente a los datos perdidos, se tiene que en el total de 151 participantes solo se reportaron 5 datos perdidos, lo que equivale al 3.3%, en diferentes ítems. Cabe mencionar que ninguna persona tuvo más de un ítem sin respuesta, y los datos faltantes se sustituyeron mediante el cálculo del promedio de respuesta individual de la respectiva escala.

**Tabla 5**

*Estadística descriptiva de las variables principales (n= 151)*

<b>Variable</b>	<b>Media</b>	<b>DE</b>	<b>Mínimo- Máximo obtenido</b>	<b>Mínimo- Máximo posible</b>
<b><i>Comportamientos de autogestión</i></b>	133,18	24,20	74-208	52-208
Actividad física	18,55	5,92	8-32	8-32
Crecimiento espiritual	25,93	5,28	13-36	9-36
Manejo del estrés	18,55	4,34	10-36	8-32
Relaciones interpersonales	25,71	4,65	15-36	9-36
Nutrición	23,28	4,62	9-36	9-36
Responsabilidad en salud	21,15	5,50	11-36	9-36
<b><i>Habilidades de autorregulación</i></b>	27,11	6,33	0-36	0-36
Reacondicionamiento	9,51	2,24	0-12	0-12
Monitoreo conductual	9,32	2,25	0-12	0-12
Control de estímulo	8,28	2,68	0-12	0-12

*Fuente: Elaboración propia*

Para la variable comportamientos de autogestión el promedio muestra tendencia media-baja con respecto al nivel de autogestión. Mientras que se muestra una tendencia media-alta con respecto al nivel de autorregulación de los y las participantes.

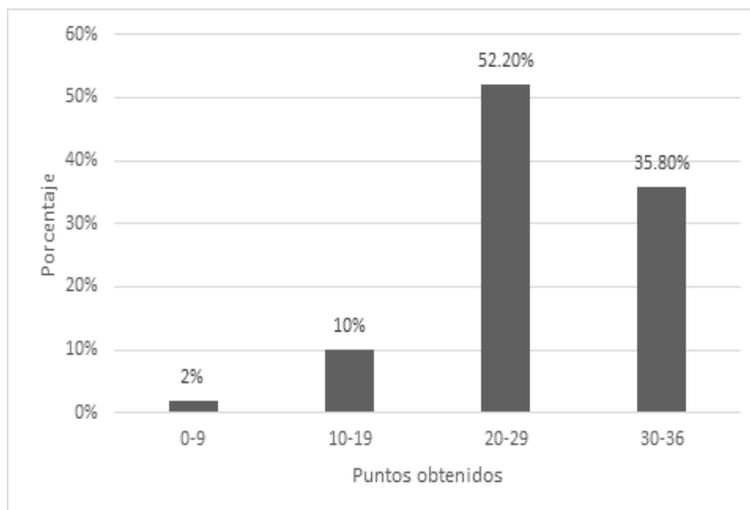
#### **4.2.1 Habilidades de Autorregulación**

La frecuencia de distribución según las puntuaciones totales obtenidas en el Índice de Autorregulación (IRS) indica que 88% de los y las participantes mantuvieron un puntaje mayor o igual a la mitad (18 puntos) (Ver figura 5).

Como se puede observar en la tabla 3, el Índice de Autorregulación está dividido en tres subescalas, siendo estas: reacondicionamiento, control de estímulos y monitoreo conductual. Las subescalas se miden igual que el IRS total, en donde a mayor puntaje mayor es la capacidad de autorregulación en esta sub escalas.

**Figura 5**

*Porcentaje de personas según los resultados de autorregulación medido por el Índice de Autorregulación.*



*Elaboración propia, 2021*

La subescala que presentó el promedio más alto fue el reacondicionamiento, y la de menor promedio fue control de estímulos. Como se observa en el párrafo anterior, las subescalas de monitoreo conductual y reacondicionamiento están por encima y presenta un promedio mayor que la subescala de control de estímulos. Lo que se puede interpretar como que la muestra cuenta con mejores niveles de reacondicionamiento y monitoreo conductual que de control de estímulos.

A la hora de realizar el análisis de cada subescala por separado y analizar los promedios, se pudo obtener mayor información de cómo se comportaron estas y las respuestas de los participantes.

#### ***4.2.2 Comportamientos de autogestión***

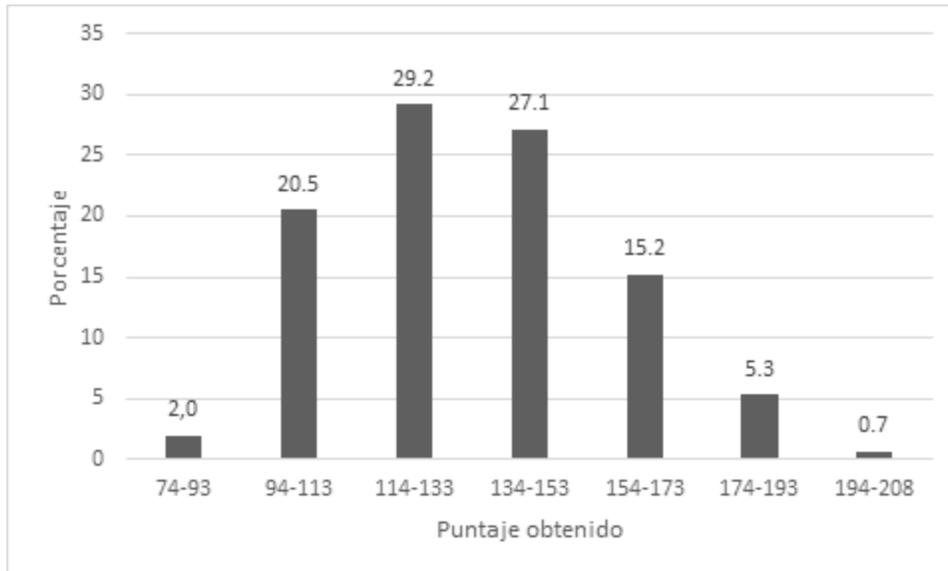
La variable de comportamientos de autogestión se midió mediante la aplicación de la escala Estilo de Vida Promotor de la Salud II (HPLP II), en su versión en español, también conocida como Cuestionario de Salud II. Los resultados de la variable en este instrumento se interpretan a que a más puntaje mayor autogestión y a menos puntaje menor autogestión (Ver figura 6).

La escala se encuentra conformada por 6 subescalas, las cuales son: actividad física, manejo del estrés, relaciones interpersonales, nutrición, responsabilidad en salud y crecimiento espiritual. A la hora de analizar los promedios obtenidos por la muestra en cada subescala se obtiene que el mayor promedio se encuentra en la subescala de crecimiento espiritual, seguido con la subescala de relaciones interpersonales, por otro lado, se presentó un “empate” en las subescalas con menores puntuaciones, ya que tanto la subescala de actividad física como de manejo del estrés son los promedios más bajos de todas las 6 subescalas que evalúa el instrumento.

**Figura 6**

*Porcentaje de personas según el puntaje obtenido en el Cuestionario de salud II (HPLP*

*II).*



*Elaboración propia, 2021*

A la hora de realizar el análisis de los datos obtenidos se encuentra que el rango total obtenido de la escala fue de 74 a 208 puntos, manteniendo una tendencia media alta, ya que solamente el 12,6% de la muestra no consiguió al menos la mitad del puntaje disponible (104 puntos), cabe mencionar además que solo 1 persona (0.7%) obtuvo el puntaje de 208. La mayoría de porcentaje se presenta en los puntajes entre 94 y 173. Todo esto se detalla en la figura 6.

Se debe mencionar con respecto a los datos perdidos, que estos se sustituyeron mediante reemplazo por promedio de los resultados de cada individuo. En el caso de la HPLP II no se realizaron sustituciones de datos en aquellas personas que tuvieran más del 10% de preguntas sin responder, esto equivalía a más de 5 preguntas, en su lugar estos datos fueron eliminados.

En la tabla 5 se presenta la estadística descriptiva de las respuestas brindadas por las personas en el Cuestionario de Salud II, tanto de manera general, como desde sus subescalas.

A partir de los datos continuos mostrados en la tabla y el análisis de las frecuencias realizadas se detallan a continuación particularidades de importancia de las diferentes subescalas que componen el instrumento de recolección de datos.

La primera subescala, en este caso sería la responsabilidad en salud la cual presentó un mínimo y un máximo obtenido de 11 a 36 puntos, siendo la distribución de frecuencias bastante heterogénea, sin embargo, una importante cantidad de participantes obtuvieron puntajes elevados, lo que denota una buena responsabilidad en salud. Además, se observa que solo 2 participantes obtuvieron el puntaje menor y solo una persona obtuvo 36 puntos, el máximo posible de la subescala.

La siguiente subescala que se presenta en el HPLP II es la escala de nutrición. Esta subescala tiene un mínimo-máximo posible de 9 a 36 puntos por participante, mismo que coincide con el mínimo- máximo obtenido. A la hora de realizar el análisis se observa que solo 1 persona obtuvo el puntaje más bajo y 2 personas el puntaje más alto, las mayores frecuencias se reportan en los puntos de 19 a 24, lo que guarda relación con el promedio de la subescala que fue de 18,55. Además, podemos observar que en esta subescala la distribución de los porcentajes se da de manera más marcada en solo un rango de puntos obtenidos.

La tercera subescala que se presenta dentro del HPLPII es la de actividad física. El mínimo-máximo posible de respuesta en esta sub escala son de 8 a 32 puntos, y coincide con el mínimo-máximo obtenido de respuesta, ya que 1 persona obtuvo el puntaje más bajo posible. Además, se puede observar cómo el 91,5% de los participantes se encontraron en el rango de 8 a 27 puntos, y

solamente un 4,6% entró en los puntajes más altos. A la hora de hacer el análisis se observa que solamente el 1,3%, o sea 2 personas, obtuvieron los 32 puntos. Lo que denota, que en esta escala se presenta una tendencia media- baja.

Continuando con el análisis del HPLP II encontramos la cuarta subescala, la cual aborda el tema de relaciones interpersonales. El mínimo- máximo posible de respuesta dentro de la subescala es de 9 a 36 puntos, mismo que coincide con el mínimo- máximo obtenido por parte de los participantes. A la hora de realizar el análisis se puede observar que en esta subescala el mayor porcentaje de respuestas se ubica en el rango de puntos de 19 a 28. Además, llama la atención que las frecuencias en el rango de puntos más bajo, son bastante pequeñas, por lo que se puede mencionar que la subescala presenta una tendencia media- alta.

La penúltima subescala que se encuentra en el instrumento es la de crecimiento espiritual, la cual cuenta con un mínimo – máximo posible de 9 a 36 puntos. Esta subescala, se comporta bastante similar a la anterior, ya que a la hora de analizar las frecuencias se puede observar como la mayoría de los resultados se ubican en el rango de puntos de 19 a 28, con un porcentaje de 60,9% de los participantes, arrojando que la muestra posee una tendencia media alta con respecto al crecimiento espiritual, esto también se refuerza, ya que al analizar los puntajes más bajos se observa una baja frecuencia de respuestas en estos.

La última subescala que se presenta en el HPLP II es el manejo del estrés. Al hacer el análisis se puede observar que esta sub escala es la que menor porcentaje tiene en los puntajes más altos. Otra particularidad que se observa es que en el rango más bajo de puntos se tiene a más del 50% de la muestra, lo que significa que más de la mitad de los participantes obtuvieron un puntaje muy bajo, siendo directamente proporcional con un bajo nivel de manejo del estrés. Además, es

importante mencionar que en ninguna de las otras subescalas se presenta un porcentaje tan alto en los rangos más bajos, denotando así que la escala tiene una tendencia baja y que la población cuenta con pobres niveles de manejo del estrés.

### **4.3 Correlaciones**

En este apartado se describen las correlaciones encontradas entre las dos variables principales del estudio. Como se muestra en la tabla 6, se identificó una correlación positiva significativa ( $r = .516, p < 0.05$ ) entre la autorregulación y los comportamientos de autogestión, con un tamaño de efecto mediano, lo que indica que, a mayor nivel de autorregulación, mayor parece ser la participación de las personas en comportamientos de autogestión.

A la hora de realizar un análisis más detallado de las variables por medio de sus dimensiones, se determina que también se presentan correlaciones entre los resultados totales de la variable y las dimensiones o entre las dimensiones de ambas variables. A continuación, se detallan estas estas correlaciones.

Se identificó que, todas las dimensiones de los comportamientos de autogestión se correlacionan con la variable de autorregulación. Existen correlaciones significativas positivas medianas entre la autorregulación y la dimensión de actividad física ( $r = .451, p < 0.05$ ), crecimiento espiritual ( $r = .526, p < 0.05$ ), lo cual implica que a mayores niveles de autorregulación se presentan mayores niveles de actividad física y crecimiento espiritual. Además, existen correlaciones significativas positivas débiles entre la autorregulación y la dimensión de manejo del estrés ( $r = .370, p < 0.05$ ), relaciones interpersonales ( $r = .356, p < 0.05$ ), nutrición ( $r = .344, p < 0.05$ ), responsabilidad en salud ( $r = .398, p < 0.05$ ), lo cual implica que a mayores niveles de

autorregulación las personas presentan mejor manejo del estrés, mejores relaciones interpersonales, mejor nutrición y responsabilidad en salud.

**Tabla 6***Correlaciones de Pearson entre la autorregulación y los comportamientos de autogestión y sus dimensiones (n=151).*

<b>Variables</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>	<b>7</b>	<b>8</b>	<b>9</b>	<b>10</b>	<b>11</b>
<b>1. Autorregulación</b>	1										
<b>2.Reacondicionamiento</b>	.878*	1									
<b>3.Monitoreo conductual</b>	.851*	.615*	1								
<b>4.Control de estímulos</b>	.911*	.720*	.654*	1							
<b>5. Comportamientos de Autogestión</b>	.516*	.413*	.461*	.485*	1						
<b>6.Actividad física</b>	.451*	.353*	.335*	.488*	.756*	1					
<b>7.Manejo del estrés</b>	.370*	.321*	.341*	.320*	.810*	.598*	1				
<b>8.Relaciones interpersonales</b>	.356*	.262*	.337*	.339*	.783*	.394*	.551*	1			
<b>9.Nutrición</b>	.344*	.287*	.327*	.297*	.800*	.568*	.561*	.568*	1		
<b>10.Responsabilidad en salud</b>	.398*	.308*	.371*	.370*	.803*	.488*	.562*	.588*	.577*	1	
<b>11.Crecimiento espiritual</b>	.526*	.433*	.489*	.470*	.845*	.500*	.660*	.702*	.591*	.608*	1

\* Nivel de significancia  $p < 0,05$

Además, se identificó una correlación significativa positiva con un tamaño de efecto mediano entre los comportamientos de autogestión y las dimensiones de reacondicionamiento ( $r = .413, p < 0,05$ ), monitoreo conductual ( $r = .461, p < 0,05$ ) y control de estímulos ( $r = .485, p < 0,05$ ), de la variable autorregulación. Lo que implica que, a mayor capacidad de reacondicionamiento, monitoreo conductual y control de estímulos por parte de la persona, mayor participación en comportamientos de autogestión.

## **Capítulo V: Discusión**

En este capítulo se analizaron los resultados del capítulo anterior y se confrontaron con la teoría empleada y además con investigaciones recientes con el fin de dar respuesta a los objetivos, preguntas e hipótesis de este estudio.

Los primeros dos objetivos son descriptivos y pretenden determinar la habilidad de autorregulación y los comportamientos de autogestión presentes en la población de estudio, mientras que el último objetivo de tipo correlacional busca describir la relación entre las dos variables antes descritas.

## **5.1 Aspectos Generales**

Dentro de los aspectos sociodemográficos se presentaron algunos datos que son relevantes. El mayor número de participantes se encontraba en el rango de 20-29 años de edad, siendo el promedio de edad de 28,16 años y la moda de 24 años, por lo tanto, a pesar de que inicialmente se extendió la investigación a toda la población adulta, los resultados representan en su mayoría a una población adulta joven. Murray y Rosanbalm (2017), mencionan que la autorregulación se desarrolla desde el nacimiento y se continúa hasta la adultez joven, además, esta se puede mejorar a lo largo de las etapas del desarrollo.

También se observó que entre mayor edad tenía la muestra, menos cantidad de encuestas se obtenían. Esta tendencia se podría relacionar a la forma utilizada como medio de comunicación e interacción con los potenciales participantes, ya que la red social Instagram tiene como público objetivo a usuarios en la adolescencia y adultez temprana (Huang y Su, 2018).

Otro aspecto importante a destacar fue el estado conyugal de soltería y con quien compartían las personas, ya que se encontró que la mayoría viven con sus familiares y basados en

Ryan y Poly (2009) esto es un factor bimodal, protector y de riesgo, por lo cual, la familia es esencial en el proceso de autogestión.

Con relación a la edad y la ocupación de las personas, se encontró que la mayoría son adultos jóvenes y estudiantes universitarios, ante esto, Argel y Urzola (2013) mencionan que este tipo de personas suelen tener comportamientos contradictorios a su conocimiento, ya que basadas en su investigación los jóvenes universitarios reconocen los comportamientos saludables y saben sobre factores protectores y de riesgo para la salud, pero en la práctica no realizan este tipo de comportamientos.

Aunque no es la intención de la investigación, es importante mencionar que existe una relación bastante importante en la participación, la cual en su mayoría fue de estudiantes que se identifican con el sexo femenino, este hallazgo comprueba parte de lo que refiere Papadópulos y Radakovich (2006), que a lo largo de los años se ha revertido la participación masculina en la mayoría de la educación superior y es a partir del siglo XXI que en Costa Rica y América Latina en general, es en su mayoría mujeres quienes son admitidas en universidades y cursan carreras de educación superior, devolviendo así la equidad que por muchos años no existía.

Otro dato de relevancia se encuentra en la residencia de las personas ya que en su mayoría éstas habitan en el GAM y particularmente son de San José.

En Costa Rica la educación en su mayoría se concentra en este espacio, por lo que estos datos son particulares y demuestran que la concentración de personas con educación superior en Costa Rica se encuentra en la región central, donde más de un 80% de este tipo de población reside ahí (Ramírez y Hernandez, 2014).

## 5.2 Habilidades de Autorregulación

En este apartado se hará referencia al primer objetivo específico de esta investigación el cual es identificar las habilidades de autorregulación de las personas adultas. Con respecto a las habilidades de autorregulación se obtuvo que el promedio muestra una tendencia media-alta o, en otras palabras, una media-alta capacidad de autorregulación en las personas adultas. Además, al analizar cada una de las subescalas de la autorregulación, en su mayoría las personas mantienen un alto puntaje en las tres habilidades (Yeom et ál 2011).

McClelland et ál (2018) explican que la autorregulación muestra transiciones importantes y períodos sensibles, múltiples niveles de influencia y un ajuste entre la persona y el contexto en forma de coincidencias o desajustes que pueden afectar el desarrollo de la salud y generalmente se trata como un fenómeno que se desarrolla lentamente por lo que para mantener un alto nivel de autorregulación depende de ajustar continuamente el objetivo y reevaluar.

Yeom et ál (2011) mencionan que la autorregulación refleja las estrategias cognitivas, afectivas y conductuales a través de las cuales los individuos intentan hacer que su conducta y estrategias para el cambio sean congruentes con las metas valoradas. Reconocer los mecanismos de autorregulación resulta esencial, ya que la adherencia a cambios de comportamiento a largo plazo requiere de motivación continua y capacidad de respuesta a las influencias sociales (Yeom et ál, 2011).

En este sentido, lo propuesto por Yeom et ál (2011) menciona que el motivador para educar mejor sobre control personal, guía a la persona para lograr comportamientos en salud por medio de selección de información, monitorización del comportamiento, someter a juicio el

comportamiento personal y la adhesión a la autorregulación, siempre considerando las opciones personales.

De Ridder y De Wit (2006) describen que la persona dentro de la autorregulación es un agente activo y tomador de decisiones, y es un aspecto vital de la adaptación humana a la vida sin el cual el individuo sería un espectador indefenso. Esto toma sentido al entender que para poder comprender la autorregulación como habilidad humana es necesario mantener siempre una actitud de reevaluación del estilo de vida en general para poder tomar decisiones y así generar respuestas deseadas en cada persona (Ridder y De Wit., 2006). De esta manera, se puede interpretar como un sistema de motivación dinámico para establecer metas, desarrollar y promulgar estrategias para lograr esas metas, evaluar el progreso y revisar las metas y estrategias en consecuencia (Ridder y De Wit., 2006).

Hennessy y compañeros (2020) en su metaanálisis buscaban comprender el estado de las investigaciones sobre autorregulación y comportamientos en salud a nivel internacional, como parte de los resultados obtenidos de interés para el presente estudio se encontró qué:

- El monitoreo de resultados aumenta el logro de objetivos, ellos explican que la modificación de la autoeficacia puede ser eficaz para el cambio de conducta, pero quizás no siempre en el contexto de conductas concretas (por ejemplo, la actividad física), que un autocontrol más frecuente (que indica una mayor autorregulación) mejora la consecución de objetivos.
- Existen pruebas sólidas procedentes de meta-análisis rigurosos que indican que el autocontrol y el establecimiento de objetivos son eficaces para producir cambios en el ejercicio, especialmente para ciertas personas, incluidos los adultos que necesitan perder peso por razones clínicas.

- También se identificó que las personas con un alto nivel de autorregulación tienen mayor facilidad para generar cambios de comportamiento en salud y contrario a esto un bajo nivel de autorregulación implica mayor esfuerzo para poder adquirir un cambio de comportamiento.

Dentro de los resultados del presente estudio en la subescala control de estímulos este se encontró levemente más bajo que las otras dos subescalas: reacondicionamiento y monitoreo del comportamiento, basado en la meta revisión de Hennessy y compañeros (2020) esto podría implicar que los comportamientos en las personas son aún inmaduros, se están desarrollando para formar parte de un comportamiento adquirido por la persona, sin embargo cabe aclarar que las intervenciones sobre el comportamiento de la salud no siempre funcionan para todos como se pretende, y los resultados pueden variar según las diferentes características de la población por lo que para comprender cada caso se debe realizar una evaluación individual.

La autorregulación también se ocupa de la gestión de las respuestas emocionales, que se consideran elementos cruciales del sistema motivacional y que se conciben como intrínsecamente vinculadas con los procesos cognitivos (De Ridder y De Wit, 2006). Así, entonces esta es clave en la participación de los individuos en la gestión de sus propios procesos de cambio, la conducta (de salud) se pueden comprender mejor cuando se consideran en el contexto histórico de otras perspectivas sobre la conducta, especialmente en la medida en que se relacionan con el papel de la motivación, una persona con experiencias personales o externas puede llegar a realizar el cambio en el comportamiento ya que existe una conciencia sobre las metas que se plantean (De Ridder y De Wit, 2006).

Protegerou, McHugh y Johnson (2020), describen que el ambiente y el estado de ánimo de la persona son necesario para el inicio de la autorregulación y que es parte esencial de todo el

proceso, por lo que mantener un ambiente adecuado y estar pendiente del estado emocional, es necesario para alcanzar y mantener los objetivos planteados, esto que mencionan las autoras es fundamental como parte del proceso de autorregulación que se intensifica de acuerdo a los resultados que se obtienen en el cambio de comportamiento.

Rivero (2011) basado en su investigación sobre autorregulación, aporta que es necesario mantener el sentido de responsabilidad en las personas educadas en autorregulación para poder lograr los objetivos y mantener el comportamiento meta. Lo anterior con el objetivo de mejorar sus estilos de vida.

Apoyados en lo anterior Ogunbode et ál (2011) expresan que estos hábitos involucran un compromiso y responsabilidad individual a través del desarrollo de ciertas capacidades para la autorregulación del comportamiento que permitan al individuo responder favorablemente ante los estímulos adversos del contexto, por lo que para poder ejercer cambios y fomentar hábitos saludables es importante mantener una alta capacidad de autorregulación como la que se presentó en la investigación.

La autorregulación y control de los impulsos predicen resultados positivos para la salud y el bienestar (Moffitt et ál., 2011). Se puede decir que estos resultados positivos se derivan en parte de una combinación en la participación de conductas saludables y la evitación de factores de riesgo para la mala salud dado un mayor control cognitivo (Hakun y Findeison, 2020).

Una autorregulación exitosa puede tener un efecto directo en la salud física al reducir las respuestas fisiológicas relacionadas con el estrés, por ejemplo, promover la función inmunológica, una recuperación más rápida de la enfermedad y por ende una recuperación adecuada, esto implica

que mediante una buena gestión de la autorregulación desde cualquier nivel de atención repercute en la vida del individuo (Bogg y Slatcher, 2015).

De esta manera y basados en lo anteriormente descrito, una escasa autorregulación está asociada con problemas sociales, como la violencia y el uso de sustancias (Garland et ál., 2011; Dishion y Connell, 2006; Griffin et ál., 2015), problemas de salud mental y diagnósticos psiquiátricos (Buckner et ál., 2009) y el aumento excesivo de peso (Reed et ál., 2016).

Por otra parte Murray y Rosanbalm (2017) describen que la autorregulación es esencial en la vida de las personas, que se encuentra desde el nacimiento de la misma y tiene su mayor nivel de madurez en la adolescencia y la adultez joven ya que es en estas etapas del desarrollo en que se logran concretar las conexiones neuronales más fuertes, por lo que es en relación con los resultados obtenidos el nivel de autorregulación en las personas adultas jóvenes tiende a ser alto y en especial con personas con un nivel educativo superior ya que son conscientes de las acciones que realizan y poseen claridad sobre los objetivos que buscan y cómo alcanzarlos.

### **5.3 Comportamientos de Autogestión**

En este próximo apartado, se hace mención del segundo objetivo específico de la presente investigación, el cual comprende la identificación de los comportamientos de autogestión en las personas adultas.

Como se mencionó antes, para la medición de la variable autogestión, se hizo uso de la escala Estilo de Vida Promotor de la Salud II (HPLP II), obteniendo como resultado un promedio con tendencia media- baja.

Ryan y Sawin (2009), mencionan dentro de su teoría que los comportamientos de autogestión se desarrollan a través de un proceso que por el cual las personas ya sea dentro de su individualidad

o como un conjunto, utilizan el conocimiento, las creencias, habilidades de autorregulación y la facilitación social para lograr resultados que tienen como meta final la preservación de su salud.

Dentro de este modelo de autogestión se incluyen factores que son determinantes para la proyección de esto de manera sostenida en el tiempo, entre los cuáles se destacan los resultados proximales que están compuestos por los comportamientos de autocuidado y el costo de los servicios de atención médica; y por otra parte los resultados distales, determinados por el estado de salud, la calidad de vida y el costo de la salud. (Ryan y Sawin, 2009)

Los comportamientos promotores de salud se pueden ver afectados y modificados por aspectos que se proyectan desde el interior del ser humano, como la motivación y la adherencia que la persona pueden llegar a desarrollar a su rutina diaria de vida, así como aspectos externos de su ser que pueden comprender aspectos mucho más complicados de controlar a partir de su propia percepción, de los cuales se derivan como ejemplo los cambios sociales, económicos y culturales a los cuales se puede ver expuesto el individuo (Laguado. Gómez. 2014).

De las 6 dimensiones contenidas dentro del instrumento utilizado para el análisis de la variable de autogestión, dos de ellas, el manejo del estrés y actividad física, fueron las que arrojaron los valores más bajos considerados de acuerdo a la escala de puntuación, lo que abre paso a que se derive un estilo de vida no tan robustamente positivo en estas dos dimensiones. (Díaz. 2014)

Según Díaz (2014), en su investigación, al evaluar los comportamientos promotores en salud en estudiantes universitarios, logró determinar que las dimensiones de manejo del estrés y actividad física, presentaban valores por debajo de la media de otras investigaciones, siendo asociado a esto, factores comunes de la edad, como pueden ser el abandono del entorno familiar,

actividades académicas que derivan en una menor disponibilidad de tiempo para la atención de su salud general y la interacción con personas marcadas por distintos rangos sociales y culturales. Estas conductas poco saludables derivan además de una poca percepción de importancia que suele darse a la salud en estas edades, por encontrarse inmersos en dinámicas sociales y educativas que exigen su atención en aspectos mucho más educativos y económicos que de salud como tal.

A partir de lo anterior, se puede evidenciar que la dinámica de vida de cada individuo afecta de manera directa cómo cada quien gestiona su salud, es decir, la sobrecarga de actividades dirigidas hacia un mismo punto (ya sea académico o laboral), representa una reducción en el tiempo que se dedica a actividades, en este caso relacionadas a la actividad física y el manejo del estrés, por lo que se da la existencia de comportamientos promotores en salud poco presentes (Díaz, 2014). Esto es particularmente importante de tener en cuenta considerando que la edad común respecto a los participantes del estudio se toma en rangos de edad en los cuáles es usual encontrarse inmersos dentro de la vida y dinámica universitaria (Díaz, 2014).

De igual manera como se mencionó anteriormente, los factores externos no controlables en su totalidad por el individuo, influyen sobre su capacidad de autogestionar sus estilos de vida, pero no siempre esto sucede hacia una tendencia negativa.

Triviño y López (2017), en su investigación dirigida hacia docentes de enfermería, pudieron determinar que, con respecto a la dimensión espiritual, las docentes participantes del estudio, arrojaron datos excepcionales a razón de que sienten que su vida tiene un propósito, es decir, creen en un ser superior sin importar la religiosidad, que las orienta en la consecución de sus objetivos relativos al cuidado de su propia salud. Lo anterior, además, se relaciona de cierta manera con la dimensión de relaciones interpersonales, pues las docentes reportaban la pertenencia a

grupos sociales en donde podían interactuar con sus pares e intercambiar opiniones en razón del cuidado de salud.

Se destaca que para la correcta autogestión debe existir un componente de intencionalidad, el individuo debe ser capaz de contar con autodeterminación para realizar aquellas acciones que deriven en estilos de vida saludables, y no regirse solamente por un componente motivacional que no sobrepase esta línea casi imperceptible entre la sola ideación y la acción (Aristizábal et ál, 2011).

Por otra parte, los factores psicológicos de igual manera funcionan como pilares dentro de esta autogestión deseada en cada ser humano, pues estos a su vez interactúan con la motivación e intencionalidad (Aristizábal et ál, 2011).

Todo lo anterior refleja el círculo de interacción que existe dentro de las dimensiones de la autogestión analizadas en estas investigaciones, e invita a que se trabaje con todas ellas de manera conjunta.

## **5.4 Asociaciones**

Seguidamente se realizará un análisis de las correlaciones encontradas en el apartado anterior, respondiendo así las preguntas de investigación y la hipótesis planteada:

### ***5.4.1 Habilidades de Autorregulación y Comportamientos de Autogestión***

En este apartado se hace referencia al tercer objetivo específico planteado, el cual expone la existencia de una relación entre las habilidades de autorregulación y los comportamientos de autogestión de las personas adultas, además, acá se busca dar respuesta a la hipótesis propuesta. Según los datos recolectados en la investigación, se observa una relación entre ambas variables,

sugiriendo que, a mayores habilidades de autorregulación, mayores comportamientos de autogestión y viceversa, por lo que la hipótesis de investigación puede ser apoyada a partir del análisis de los resultados obtenidos.

Es importante recalcar que existen pocas investigaciones a nivel internacional en donde de forma explícita se denote una relación e interdependencia entre ambas variables, este contexto se aplica también al ámbito nacional, debido a que no se encontraron evidencias de investigaciones previas, por cuanto, no es posible contrastar estos resultados con identificaciones anteriores a nivel país, e incluso en las investigaciones extranjeras la cantidad de información que se posee es escasa.

Según Monge-Rojas, Godinho, y Reyes Fernández (2021), la autorregulación puede preceder a los hábitos de cambio y jugar un papel protagonista en los procesos de formación de dichos comportamientos. Estos comportamientos deben incluir diferentes variables de la autorregulación y estar bajo el control intencional y consciente de la persona, para que esta sea responsable de su proceso de cambio (Monge-Rojas, et ál., 2021), y es que entre mayor valor tenga la meta para el individuo, este participará de manera más activa en sus habilidades de autorregulación y sus comportamientos de autogestión (Allegrante, Wells y Peterson, 2019).

Como lo menciona Cabezas Henríquez (2021), la orientación a objetivos es un elemento central, en la adopción de hábitos promotores de salud, dado que ni la intención, ni el deseo por sí mismos tendrían efecto si las personas carecen de la capacidad de ejercer influencia sobre su propia conducta. Las estrategias de autorregulación convierten las metas en acciones productivas y las estrategias de autogestión ayudan a mantener los cambios de comportamiento.

Cabe destacar, que las personas que alcanzan altos niveles de autorregulación y autogestión además de conseguir sus metas y objetivos, también son capaces de superar la tendencia a necesitar

gratificaciones inmediatas y, en coherencia, son capaces de perseverar en realizar esfuerzos para satisfacer los valores y metas propuestas; esta capacidad implica retardar las recompensas e interactuar con las competencias cognitivas y afectivas de las personas, además, la autorregulación fomenta la percepción de confianza, serenidad y autonomía para dirigir la propia vida (Merino Tejedor y Lucas Mangas, 2016).

Para que la autogestión se lleve a cabo de una forma exitosa se deben de presentar diferentes elementos esenciales, que se organizan en 5 categorías las cuales son: activar la motivación para el cambio, aplicar la información de la educación y autocontrol, desarrollar habilidades, adquirir recursos ambientales y construir apoyo social, las cuales en su mayoría son habilidades propias de la autorregulación (Rotheram-Borus, Ingram, Swendeman, y Lee., 2012)

Diferentes estudios han encontrado que la influencia tanto de la autorregulación, como de los comportamientos de autogestión dan el potencial a la persona para producir mejoras en su salud y en el manejo de diferentes tipos de enfermedades, y aunque las mejoras reportadas son modestas, no dejan de ser significativas para la persona, ya que aumentan sus comportamientos de salud e influyen en el estado de salud y la calidad de vida (Allegrante, et ál., 2019). Como podemos observar en el texto anterior, la combinación de la autorregulación y los comportamientos de autogestión reflejan la responsabilidad de una persona para la realización diaria de conductas saludables que puedan mitigar una enfermedad, discapacidad o mejorar su calidad de vida (Dobkin, 2016).

Además, la evidencia actual deja entrever que los comportamientos de autogestión no solo se limitan a los individuos, sino que puede incluir a grupos de personas, como es el caso de las familias, en donde se ha observado que participar de estos comportamientos de autogestión ayuda

a que se mejoren sus resultados de salud (Ryan y Sawin., 2009), ya que estas herramientas les permitirán a los individuos e integrantes del grupo familiar clasificar la gran cantidad de información de salud disponible actualmente y participar solamente en aquellas conductas que promuevan su salud (Ryan y Sawin., 2009).

Que los individuos y las familias sean capaces de autogestionarse y de contar con habilidades de autorregulación es de gran importancia, incluso para los profesionales de salud, ya que estas familias serán capaces de asumir la responsabilidad de administrar su atención médica, además podrán gestionar su cuidado; mejorando significativamente los resultados en salud obtenidos y mejorando la calidad de vida (Ryan y Sawin., 2009).

La autogestión y el uso de habilidades de autorregulación también se relacionan para manejar las condiciones crónicas o los factores de riesgo (Ryan y Sawin., 2009), y para lograr estos procesos se deben de incluir actividades como el establecimiento de metas, el autocontrol y pensamiento reflexivo; la toma de decisiones; planificación y participación en comportamientos específicos; la autoevaluación; y manejo de las respuestas físicas, emocionales y cognitivas asociadas con el cambio de comportamiento de salud (Ryan y Sawin., 2009).

La investigación también ha demostrado que la autorregulación, como proceso integral, es necesario para participar en los comportamientos de autogestión, ya que esto mejora la autoeficacia y guía a comportamientos de autogestión específicos, como, por ejemplo: una mejor ingesta de carbohidratos simples (Ryan y Sawin., 2009), por lo que participar en estos programas de autogestión da como resultado efectos positivos relacionados con el estado de salud personal (Ryan y Sawin., 2009).

En otro estudio Hannessy, et ál (2019) respaldan lo propuesto por Ryan y Sawin (2009), ya que mencionan que la autorregulación se vincula con muchos comportamientos de salud. Por

ejemplo, la investigación indica que las personas con un alto autocontrol de rasgos tienen más probabilidades de participar habitualmente en comportamientos saludables y tener menos malos hábitos de salud, y contrario a la afirmación anterior, aquellos con un autocontrol deficiente son propensos a participar en una variedad de comportamientos poco saludables, que pueden poner en riesgo su salud (Hennessy., et ál., 2019).

Diferentes estudios también han investigado como se relacionan entre sí estas variables, y como cada una de ellas puede influir en la salud de la persona. En el caso de Hennessy., et ál (2019) en su investigación encontraron que los programas de autogestión para adultos con enfermedad renal en etapa 1-5 redujeron efectivamente el aumento del peso interdialítico, mientras que se encontró otro estudio en donde se mencionada que los programas de manejo de la autogestión para pacientes con diabetes tipo 2 redujeron los niveles de HbA1c, así como el colesterol total, pero no afectaron los resultados de la presión arterial (Hennessy., et ál., 2019).

Otro elemento que explica la relación entre los comportamientos de autogestión y las habilidades de autorregulación es la Teoría de la Autogestión Individual y Familiar (IFSMT) de Ryan y Sawin. (2009), ya que, de acuerdo con esta teoría descriptiva, las personas serán más propensas a participar en los comportamientos de salud recomendados si tienen información y adoptan creencias de salud consistentes con el comportamiento, si desarrollan habilidades de autorregulación para cambiar sus comportamientos de salud y si experimentan facilitación social que influya positivamente y los apoye para participar en comportamientos de autogestión mediante conductas de salud preventivas (Ryan y Sawin., 2009).

La IFSMT propone intervenciones centradas en el individuo y la familia, que impactan en los comportamientos de autogestión al abordar el contexto o el proceso de este (Ryan y Sawin., 2009), por un lado, las intervenciones dirigidas al contexto pueden reducir el riesgo o fomentar las

condiciones que apoyan la autogestión, mientras que las intervenciones dirigidas al proceso de la autogestión pueden mejorar el conocimiento y las creencias, aumentando el uso de conductas de autorregulación por parte de un individuo y fomentando la facilitación social (Ryan y Sawin., 2009).

Sin embargo, se debe tener presente, que pueden existir fallas tanto en los comportamientos de autogestión, como en las habilidades de autorregulación, las cuales ocurren cuando las creencias y expectativas están mal calibrados y son inapropiados para la persona, el objetivo y meta propuesta (Mann, De Ridder, y Fujita, 2013), es por esto, que conocer cómo funcionan ambas, ayudará a que la consecución de metas y al planteamiento de objetivos sean realista con las necesidades y posibilidades de cada individuo.

Como se puede observar, y como lo demuestra el análisis estadístico realizado, tanto los comportamientos de autogestión y las habilidades de autorregulación se correlacionan entre sí, ya que es necesario que existan ambas partes para que se dé el cumplimiento de las metas y objetivos en salud que se plantea el usuario. Ninguno de estos sistemas es autónomo, ni estático, ya que se pueden presentar diversas situaciones que afecten dichas capacidades, y pueden cambiar con el tiempo (Brock, 2016).

#### ***5.4.2 Asociación entre Variables y sus Dimensiones***

Dentro de las correlaciones registradas en el capítulo de resultados se logra observar que se presentaron otras correlaciones además de la identificada entre las variables principales. Estas relaciones obedecen a la interacción entre las variables y las dimensiones o subescalas de los instrumentos que se utilizan para medirlas. A continuación, se detallan dichas correlaciones:

##### **5.4.2.1 Autorregulación y Actividad Física**

El ejercicio promueve la salud tanto física como mental, así como beneficios psicológicos, cognitivos, sociales y desempeña un importante papel en la prevención de algunas enfermedades crónicas no transmisibles (Concha-Viera, et ál., 2017), sin embargo, según diversos estudios realizados, menos del 25% de los estadounidenses cumplen con las pautas nacionales de actividad física (Padín, et ál., 2017), dicho patrón, según estudios epidemiológicos, se repite en más de la mitad de los países, este nivel de inactividad es especialmente mayor en las mujeres que en los hombres, y la condición se correlaciona negativamente con el nivel educativo y el estatus socioeconómico de las personas (Faílde-Garrido., Ruiz Soriano, y Simón., 2021).

Por otro lado, los niveles insuficientes de actividad física están relacionados con un aumento de la morbilidad y la mortalidad en todo el mundo (Faílde-Garrido, et ál., 2021), y en años recientes se ha propuesto el término de “enfermedad de la inactividad física” para describir una serie de enfermedades crónicas -diabetes tipo 2, enfermedades cardiovasculares, cáncer de colon, cáncer de mama, demencia y depresión- en las que la inactividad física actúa como factor de riesgo, demostrando que la falta de ejercicio afecta negativamente a casi todas las células, órganos y sistemas del cuerpo humano (Faílde-Garrido, et ál., 2021).

Se hace importante reflexionar las situaciones en las que las personas se consideran físicamente inactivas, y esto sucede cuando el individuo no cumple con ninguno de los siguientes 3 criterios: 1) realizar 30 minutos de actividad física moderada o intensa al menos 5 días a la semana; 2) practicar 20 minutos de actividad física intensa al menos 3 días a la semana; o 3) acumular una actividad física semanal de al menos 600 MET (Faílde-Garrido, et ál., 2021). Aunque la mayoría de las personas son conscientes de los efectos positivos de la actividad física regular y tienen la intención de mantenerse activos, el comportamiento no se adopta o, a menudo, no se puede mantener a largo plazo (Strobach., et ál., 2020). Con respecto a los hábitos de actividad

física, es más probable que algunos tipos de actividades se controlen automáticamente y se vuelvan más habituales que otros (Strobach., et ál, 2020).

Cabe mencionar, que tanto las conductas físicamente activas como las inactivas están determinadas por múltiples factores, entre los que se encuentran variables cognitivas como la autorregulación o la motivación (Padin, et ál., 2017). La investigación empírica ha demostrado consistentemente la importancia de la autorregulación de habilidades como la actividad física (Brock, 2016), ya que los resultados sugieren que incluso los aumentos moderados en esta, tienen la capacidad de inducir una mejora suficiente en el estado de ánimo para tener un impacto positivo en la salud de las personas (Annesi, 2021).

La autorregulación permite generar cambios relacionados a la actividad física, ya que le brinda a la persona la motivación inicial para la elaboración de un objetivo conductual, que en este caso, sería la realización de algún tipo de ejercicio, por otra parte, en una segunda etapa el individuo será capaz de traducir su intención en acciones utilizando la secuencia de autorregulación que había realizado con anterioridad, a saber, la elaboración de planes de acción y afrontamiento y el establecimiento de estrategias de control de acciones (Monge-Rojas, et ál, 2021).

Los procesos motivacionales y la autorregulación son factores relevantes para predecir la práctica de ejercicio físico y para determinados parámetros relacionados con la salud (Padin, et ál., 2017), por lo tanto, es razonable esperar que los individuos con baja capacidad de autorregulación tengan más probabilidades de actuar en consonancia con sus actitudes implícitas sobre la actividad física, ya sean positivas o negativas (Padin, et ál., 2017). Entre aquellos con actitudes negativas

implícitas, la baja capacidad de autorregulación haría más difícil el ejercicio en aras de un objetivo deseable, como mejorar la salud física (Padin, et ál., 2017).

El enunciado anterior se respalda con el estudio realizado por Strobach, et ál (2020), en donde se ha encontrado evidencia empírica de que niveles más bajos de autorregulación de rasgos se asocian con una actividad física reducida, como con una menor persistencia en las tareas de resistencia física.

Por otro lado, los hallazgos realizados por Brownson (2012) en su estudio, determinaron que la autorregulación puede mejorar la salud y el bienestar, al anular e interrumpir tendencias no deseadas e impulsivas, y mejorar los niveles de actividad física en las personas, y, por otro lado, Strobach., et ál (2020) mencionan en su estudio que niveles más altos de autorregulación de rasgos se asociaron con niveles más altos de actividad física, lo que demuestra que la autorregulación de rasgos parece ser un constructo psicológico importante en los dominios relacionados con la salud.

En su estudio Strobach, et ál (2020) también determinaron que la autorregulación guarda amplia relación con el tipo de actividad física que se quiera realizar. Ellos mencionan que es poco probable que los comportamientos más complejos y vigorosos se realicen de forma completamente habitual, ya que necesitan más planificación y control explícito que las actividades de intensidad ligera (como el transporte activo en bicicleta o pararse en lugar de sentarse) (Strobach, et ál., 2020), y por ende requieren de niveles de autorregulación más elevados. Por lo tanto, las actividades de ligeras a moderadas, menos complejas pueden volverse habituales y automáticas en un grado mayor (es decir, requieren de niveles de autorregulación más bajos) (Strobach., et ál, 2020).

Las investigaciones también han encontrado que la autorregulación es una variable relevante para perseverar y alcanzar metas específicas, como el compromiso con la práctica de ejercicio

físico regular, así como con mayores niveles de actividad física (Faílde-Garrido., et ál., 2021). En conclusión, se puede señalar que la autorregulación representa un contribuyente importante en la comprensión de los comportamientos de aprendizaje y motivación en entornos de actividad física (Faílde-Garrido, et ál., 2021).

#### **5.4.2.2 Autorregulación y Manejo del Estrés**

El estrés se refiere a cualquier amenaza o desafío al homeostasis e incluye una amplia gama de exposiciones (Mezuk et ál., 2017). Si bien la respuesta neurobiológica al estrés es adecuada para abordar los factores estresantes que se presentan en el día a día, diversos investigadores han propuesto la hipótesis de que la activación crónica y repetida de la respuesta al estrés del cuerpo, contribuye al desarrollo de condiciones cardiovasculares y metabólicas en la mediana y avanzada edad (Mezuk et ál., 2017).

Las experiencias emocionales y el estrés también tienen la capacidad de influir en la salud mediante sus efectos en el funcionamiento fisiológico, reconocimiento de síntomas, búsqueda de atención médica, involucramiento de conductas saludables y no saludables, entre otras (Atuncar Manco, 2017). Es por esto que es indispensable contar con conductas de manejo del estrés, ya que estos comportamientos están orientados a abordar la respuesta al estrés neurobiológico y devolver al individuo a un estado homeostático (Mezuk et ál., 2017).

Se entiende como autorregulación emocional al proceso de iniciar, mantener, modular o cambiar la ocurrencia, intensidad o duración de los estados afectivos, mediante el despliegue de diversas estrategias que influyen tanto en la experiencia como en la expresión emocional (Atuncar Manco, 2017). Dichas estrategias estarían divididas en cinco familias de procesos de

autorregulación emocional: selección de situación, modificación de la situación, despliegue atencional, cambio cognitivo, y modulación de la respuesta (Atuncar Manco., 2017).

El manejo del estrés incluye las habilidades de autorregulación, ya que estas son necesarias para calmarse ante el malestar emocional y poder animarse ante la disforia (Ramli, et ál, 2018). Por lo tanto, una mayor autorregulación se asocia con un alto bienestar, incluida una buena salud mental, la capacidad para mantener relaciones sociales efectivas y un funcionamiento adaptativo en el hogar o la escuela (Ramli, et ál, 2018).

Los estudios han determinado que, dentro del manejo del estrés, las habilidades de autorregulación facilitan las acciones orientadas a objetivos y el ajuste óptimo a la estimulación presentada por el desafío emocional y cognitivo, a través de la regulación de sentimientos, emociones, comportamientos y cogniciones (Ramli, et ál, 2018).

Según los hallazgos realizados por Mitchell, et ál (2019), la autorregulación ayuda a mantener un comportamiento adecuado, ya que proporcionan a los individuos los recursos propios y necesarios para controlar su comportamiento y cumplir con los estándares de comportamiento adecuados, en resumen, los autores plantean, que se requiere de un conjunto de recursos propios para mantener una actuación correcta, porque actuar civilmente requiere de control ejecutivo y esfuerzo (Mitchell, et ál, 2019 ).

Sin embargo, se debe considerar, que cuanta más presión o síntomas de agotamiento experimenten las personas, serán menos capaces de seleccionar una estrategia de afrontamiento que coincida con las demandas y la situación, y, además, se vuelve más complicado controlar si la estrategia seleccionada es eficaz (Bakker y de Vries., 2021)

La relevancia de la relación entre la autorregulación y el manejo del estrés es tan amplia que diferentes publicaciones la han estudiado y han buscado comprender como se relacionan ambas. Por ejemplo, en el estudio de Dubuc-Charbonneau, y Durand-Bush. (2015), se determinó que los estudiantes con mayores capacidades de autorregulación también informaban niveles más altos de bienestar y niveles más bajos de depresión y estrés, en comparación con aquellos que contaban con menores capacidades de autorregulación.

Por otro lado, Atuncar Manco (2017) en su publicación “Actividad física, estrés percibido y autorregulación emocional en estudiantes universitarios de Lima” determinó que la implicación del estrés percibido en la salud se ha asociado con conductas no saludables como el consumo de alimentos altos en grasas y azúcares, bebidas con cafeína, alcohol, entre otros. Además, afecta la salud mental, ya que ha sido asociado con bajos niveles de satisfacción con la vida, prevalencia de depresión, incremento de estados de ira y cansancio emocional, es por esto que la autorregulación con el manejo de estrés es tan importante para los individuos, ya que ayudará a minimizar estos efectos adversos en la salud (Atuncar Manco, 2017).

Los estudios también se han realizado en población trabajadora, en Bakker y de Vries. (2021) proponen que, los empleados que experimentan compromiso laboral (es decir, altos niveles de energía, dedicación y absorción) intentan de manera proactiva optimizar sus demandas y recursos laborales a través de la elaboración del trabajo; por el contrario, los empleados que experimentan tensión laboral comenzarán a quebrantar su propio funcionamiento en el trabajo (Bakker y de Vries., 2021).

El estudio también encontró que, la combinación de altas demandas laborales y bajos recursos laborales representa un ambiente de trabajo muy estresante que eventualmente puede conducir a un agotamiento duradero (Bakker y de Vries., 2021), lo cual puede acarrear a

cogniciones y comportamientos de autorregulación des adaptativos, porque cuando los empleados experimentan niveles más altos de tensión laboral, les resulta más difícil concentrarse y pueden cometer más errores relacionados con el trabajo. Además, las emociones negativas que experimentan los empleados bajo estrés reducen su capacidad de respuesta (Bakker y de Vries., 2021)

En otra investigación Ramli, et ál (2018) descubrió que los estudiantes con menor estrés son mejores autorreguladores, además determinó que los estudiantes con estrés crónico con frecuencia luchan por autorregularse debido a su incapacidad para hacer coincidir su estado de excitación con las circunstancias actuales, ya que los altos niveles de estrés se asocian negativamente con el funcionamiento ejecutivo, como la autorregulación (Ramli, et ál., 2018).

En resumen, un creciente cuerpo de investigación indica que las relaciones entre la exposición al estrés, la reactividad al estrés y las habilidades de autorregulación están intrínsecamente vinculados (Mezuk et ál., 2017). En primera instancia, la exposición al estrés afecta la probabilidad de participar en las habilidades de autorregulación y estos comportamientos, a su vez, impactan la reactividad fisiológica a los factores estresantes posteriores; y en segunda instancia, estos comportamientos involucran vías de refuerzo en el cerebro, que también están conectadas a los sistemas de respuesta al estrés relacionados (Mezuk et ál., 2017). Y así como los altos niveles de estrés afectan la autorregulación, los niveles adecuados de autorregulación puede hacerles frente a las situaciones estresantes y generar un manejo adecuado (Mezuk et ál., 2017).

### **5.4.2.3 Autorregulación y Relaciones Interpersonales**

Las relaciones interpersonales son inherentes a los seres humanos, ya que estos, son criaturas sociales por naturaleza, para quienes la convivencia en grupo y las conexiones sociales son una estrategia clave de supervivencia a lo largo de todo el ciclo de vida (Shiota., 2004). Estos

procesos de socialización presentan a los involucrados en la relación oportunidades y problemas específicos que deben resolverse para que las unidades sociales tengan éxito (Shiota., 2004).

Para comprender como funcionan las relaciones interpersonales, se debe identificar a los socios pertenecientes a esta socialización (Shiota., 2004). Una interacción inicia cuando un individuo se da cuenta del otro por primera vez, y cuando se determina qué tipo de recursos y de objetivos se plantean para esa determinada relación (Shiota., 2004).

Las personas participantes de la relación son las encargadas de que esta tenga éxito y alcance los objetivos propuestos, y para conseguirlo, las personas relevantes deben negociar y acordar reglas de interacción, como estilos de comunicación, comportamientos esperados y roles (Shiota., 2004).

Otro aspecto importante a considerar en las relaciones interpersonales son las emociones que cada individuo puede llegar a sentir, ya que estas cumplen una amplia gama de funciones sociales importantes, incluida la regulación de las relaciones interpersonales (Shiota., 2004), y es que, para poder manejar las relaciones interpersonales, también se hace indispensable manejar las emociones que cada relación genera, dicha regulación se refiere a procesos mediante los cuales los individuos influyen en qué emociones tienen, cuándo las tienen y cómo las experimentan y expresan (Tamminen y Crocker., 2013).

El término de autorregulación de las emociones dentro de las relaciones interpersonales se utiliza para referirse al uso de estrategias automáticas o deliberadas para iniciar, mantener, modificar o mostrar las propias emociones, además, se presenta con las acciones verbales y no verbales deliberadas y no deliberadas que influyen en las emociones de los demás y de las que cada persona es responsable (Tamminen y Crocker., 2013).

Lo anterior se respalda en el estudio de Oberst, Sánchez, Oriol Granado, y Páez (2013), en donde los autores mencionan que la autorregulación se utiliza como estrategias para regular las emociones propias, que, como consecuencia, también se utilizan para regular las emociones de otras personas (regulación interpersonal), influyendo en las diferentes relaciones interpersonales en las que estén inmersas las personas.

También las investigaciones han determinado que la autorregulación a menudo cumple importantes funciones interpersonales (Koole, et ál., 2006). Por ejemplo, las personas con frecuencia se involucran en la autorregulación para responder de manera constructiva en relaciones cercanas, o para cumplir con las metas y expectativas del entorno social (Koole, et ál., 2006).

Actualmente, un número creciente de estudios ha encontrado que las relaciones interpersonales dan forma a la capacidad de autorregulación de la persona, y también, es cada vez más evidente que la autorregulación es un moderador clave del comportamiento de las personas en las relaciones interpersonales (Koole, et ál., 2006).

Por tanto, podríamos decir que para llegar a dominar el arte de las relaciones con los demás es crucial el desarrollo de dos habilidades emocionales fundamentales: la autorregulación y la empatía (Valcárcel-Barrero, 2014), ya que es precisamente sobre la base de la autorregulación y la empatía sobre la que se desarrollan las “habilidades interpersonales”. Éstas son las aptitudes sociales que garantizan la eficacia en el trato con los demás y cuya carencia conduce a la ineptitud social o fracaso interpersonal reiterado (Valcárcel-Barrero, 2014).

En su estudio Fitzsimons y Finkel (2010) determinaron que las relaciones interpersonales y la autorregulación también se asociaron con la participación activa en el logro de metas, ya que, se determinó que los socios de las relaciones cercanas pueden activar automáticamente los objetivos que las personas persiguen dentro de esas relaciones. Además, en la investigación se

estipuló que observar los comportamientos de otra persona puede desencadenar una acción dirigida a un objetivo y al cumplimiento de las metas propuestas (Fitzsimons y Finkel., 2010).

Dentro de su mismo estudio se determinó que los efectos beneficiosos del apoyo social relevante para el objetivo y consecución de metas se extienden más allá de los comportamientos relacionados con la salud. Por ejemplo, los individuos logran un crecimiento personal hacia una amplia gama de características deseables en la medida en que su pareja los inspira al tratarlos como si ya poseyeran las características que aspiran a poseer (Fitzsimons y Finkel., 2010).

Como se observa a lo largo de los párrafos la autorregulación es esencial dentro de las relaciones interpersonales, ya que forma parte de las capacidades necesarias para reconocer los sentimientos de los demás y de hacer algo para transformarlos. Para llegar a este punto la persona tiene que ser capaz de dominarse previamente a sí mismos, deben de poder manejar sus tensiones y angustias, sus impulsos y su excitación.

#### **5.4.2.4 Autorregulación y Nutrición**

Solo en los Estados Unidos, se ha observado que del total de muertes prematuras en adultos el 40% se atribuyen a patrones de estilo de vida poco saludables, las cuales se pueden prevenir con una alimentación saludable y una mayor actividad física (Shieh., et ál., 2015). Aun sabiendo la importancia de una adecuada alimentación los estudios han determinado que del total de adultos estadounidenses el 38% no comen frutas y el 28% no ingieren verduras a diario y el 23% no participa en ninguna actividad física (Shieh., et ál., 2015).

Además de prevenir la muerte prematura, los hábitos alimenticios saludables promueven el bienestar y previenen enfermedades, sin embargo, pese a la intencionalidad de cambio de hábitos nocivos las personas con frecuencia fracasan en estos intentos. Lo anterior debido a que el cambio,

además, de conocimientos sobre una adecuada alimentación, requiere capacidades de autorregulación que permitan observar, evaluar y emprender acciones que permitan mantener la motivación durante todo el proceso (Campos-Uscanga, et ál., 2015).

La autorregulación tiene un papel mediador en la adopción de adecuados hábitos alimentarios al participar en su planeación y seguimiento (Campos-Uscanga, et ál., 2015). Este proceso lleva a que las personas tengan las capacidades internas para regular sus comportamientos, en este caso los referidos a la alimentación saludable (Campos-Uscanga, et ál., 2015).

En su estudio Annesi, y Gorjala (2010) han sugerido que la autorregulación del comportamiento y las respuestas de afrontamiento conducirán a la autoeficacia y a mejores resultados debido a su conexión directa con la superación de barreras y al establecimiento de sentimientos de competencia y éxito. La autorregulación también facilita la transición de comportamiento de la intención a la acción, en lo que se conoce como la fase de iniciación. Por ejemplo, entre las personas que valoran la alimentación saludable y la intención de comer bien, las que tienen una mayor capacidad de autorregulación son más propensas a comer frutas y verduras que las que tienen escasas capacidades (Shieh., et ál., 2015).

Hablando específicamente de las personas que padecen de sobrepeso u obesidad, la autorregulación de la alimentación se refiere a la capacidad de controlar la conducta alimentaria de acuerdo con su intención de una alimentación saludable y el control del peso, especialmente en un entorno obesogénico (Balani, et ál., 2019). La obesidad también se ha asociado con cambios fisiológicos que afectan negativamente la función cognitiva, lo cual también se asocia con conductas alimentarias poco saludables y poca actividad física. Además, los atributos clave de la autorregulación de la alimentación se han identificado como el establecimiento de objetivos, el

autocontrol de la ingesta dietética, la autorregulación para resistir las tentaciones, la autoevaluación del desempeño dietético y la motivación autónoma (Balani, et ál., 2019).

En su estudio Balani, et ál (2019) también encontraron que una mala autorregulación de la alimentación, es decir, renunciar a menudo o siempre con demasiada facilidad a las intenciones de comer, predice fuertemente el sobrepeso y la obesidad. Por otro lado, se determinó, que las actitudes nutricionales parecen ser otra modificación que predice de manera confiable el sobrepeso y obesidad (Balani, et ál., 2019). Estos hallazgos son consistentes con informes anteriores de que las creencias y actitudes personales hacia la nutrición y la salud influyen en las conductas alimentarias saludables (Balani, et ál., 2019).

La investigación también ha encontrado que una mayor autorregulación es un fuerte predictor de un mayor ejercicio y mejores comportamientos dietéticos. Los cambios tanto en el ejercicio como en las conductas nutricionales pueden mediar en las relaciones entre los cambios en la autorregulación y la autoeficacia (Annesi., Johnson, y McEwen., 2015).

Cabezas Henríquez (2021) en su estudio determinó que mayores habilidades de autorregulación alimentaria de igual forma se relacionaron con menos cambios de peso y menor probabilidad de aumentar su peso corporal. Además, las habilidades de autorregulación tienen la capacidad de moderar la relación entre el IMC y el peso (Cabezas Henríquez, 2021). De igual forma, las personas con obesidad que mejoran su autorregulación poseen buen pronóstico para la pérdida del exceso de peso, mientras que una persona con obesidad y baja autorregulación difícilmente logrará mejorar su estado nutricional (Cabezas Henríquez, 2021).

En el estudio de Shieh, et ál (2015) se aumentó la comprensión de la asociación de la autoeficacia y la autorregulación con las conductas de nutrición y ejercicio en una muestra de adultos reclutados en un evento comunitario. De los tres comportamientos nutricionales (consumo

de frutas y verduras, cocinar en la cena y comer en restaurantes) evaluados en el estudio, solo el consumo de frutas y verduras se asoció con la autoeficacia y la autorregulación. Este hallazgo coincide con estudios previos que abordaron la asociación positiva de la autoeficacia y la autorregulación con la ingesta de frutas y verduras. (Shieh, et ál., 2015).

Annesi, Johnson, y McEwen (2015) determinaron que empoderar a las personas con las habilidades de autorregulación necesarias para superar las barreras comunes podría fomentar sentimientos de dominio sobre la alimentación saludable tan eficazmente como centrarse en los facilitadores comúnmente asumidos de la autoeficacia. Todos los estudios anteriores sugieren que la buena autorregulación de la alimentación, practicada con el tiempo, puede arraigarse como hábitos alimentarios saludables en gran parte automáticos y autosuficientes (Balani., et ál., 2019).

La identificación de niveles adecuados de autorregulación predice el éxito a largo plazo de alcanzar los planes, particularmente en aquellas intervenciones de alimentación saludable y actividad física (Campos- Uscanga,,et ál., 2017).

#### **5.4.2.5 Autorregulación y Crecimiento Espiritual**

Aunque no existe un consenso claro sobre cómo definir la espiritualidad, la mayoría de las definiciones implican una conexión con un poder superior o trascendente capaz de afectar la vida de un individuo (Brownson, 2012). También se puede definir como el viaje que realiza un individuo para revelar y reconocer su "yo esencial y sus aspiraciones de orden superior" (Brownson., 2012).

Otras definiciones consideran que la espiritualidad se puede concebir como una parte de carácter multidimensional de la experiencia humana, en donde las personas enfocadas espiritualmente están motivadas para intentar alcanzar un objetivo de vida sagrado o existencial

(Brownson., 2012). El objetivo de vida que las personas persiguen por medio de la religión pueden ser muchas cosas diferentes, como: encontrar el significado, integridad, potencial interior e interconexiones con otros individuos en el mundo, o buscar la verdad universal (Brownson, 2012).

Según el filósofo alemán Krause, la religiosidad, como parte de la espiritualidad de un individuo tiene la tarea de satisfacer cinco necesidades básicas: la necesidad de la búsqueda de la autotranscendencia, la necesidad de asistir a la iglesia y la necesidad de socialidad que la acompaña, la necesidad de control, y la necesidad de sentido (Aldwin., et ál., 2014).

Otro punto a considerar dentro de la espiritualidad es la inteligencia emocional, la cual invita a las personas a pensar críticamente y producir un significado que incluya las propias creencias (Aydin., 2018). La inteligencia espiritual es una forma de inteligencia que permite a las personas aceptar tanto los fracasos como los éxitos, aceptarse a sí mismos como son y ver los fracasos como experiencias adquiridas en el camino hacia el éxito. (Aydin., 2018)

La espiritualidad en los últimos años ha atraído gran atención de parte de los investigadores por su capacidad de predecir la salud física. Numerosos estudios muestran consistentemente correlaciones positivas entre espiritualidad y salud tanto física como mental (Aldwin., et ál., 2014). En general, los efectos tienden a ser positivos, incluidos niveles más bajos de angustia psicológica y síntomas depresivos, una mejor calidad de vida relacionada con la salud y una menor morbilidad y mortalidad (Aldwin., et ál., 2014).

La religión puede ayudar a las personas a formar intenciones apropiadas que luego pueden traducirse en acciones efectivas (también conocida como eficiencia volitiva). Además, la religión podría facilitar la regulación de las emociones y ayudar a las personas a reconciliar nuevas experiencias con lo que ha sucedido anteriormente, contribuyendo así a crear y preservar el

significado de la vida (McCullough., y Carter., 2013). La religión también puede promover la autorregulación a través de prácticas religiosas (es decir, oración, lectura de las Escrituras, ayuno, meditación, participación en eventos religiosos) que exigen habilidades de autorregulación. (Hardy, et ál., 2020).

En su estudio Brownson, (2012) y según las investigaciones realizadas, encontraron correlaciones positivas entre la espiritualidad y los riesgos y comportamientos de salud específicos entre los estudiantes universitarios. En su estudio descubrieron que los estudiantes sanos tenían más probabilidades de practicar la espiritualidad y de incorporarla en sus actividades diarias. Estos estudiantes informaron más satisfacción con la vida y menos estrés, lo que sugiere una mejor salud emocional debido a la espiritualidad (Brownson, 2012).

Además, la revisión de diferentes artículos ha logrado determinar que la espiritualidad predece consistentemente tasas de mortalidad más bajas, mejor salud autoinformada, menos riesgos cardiovasculares o de cáncer, niveles más altos de funcionamiento y mayor abstinencia de cafeína, tabaco y otras sustancias potencialmente dañinas (Brownson, 2012).

La autorregulación también se ha relacionado con la espiritualidad, ya que recientemente ha sido identificada como un mediador potencial de la relación espiritualidad-salud, ya que construye recursos de autorregulación (Brownson., 2012). Por ejemplo, es probable que las personas espirituales sigan ciertas prácticas, incluidas las relacionadas con la dieta, el ejercicio, la meditación y la oración (Brownson, 2012). La adhesión constante a estas prácticas puede aumentar la capacidad de autorregulación. Aunque pocos estudios han abordado directamente esta relación hipotética, varias investigaciones apoyan esta idea (Brownson, 2012).

Además, la espiritualidad puede ayudar a facilitar la autorregulación efectiva a través de dos procesos simultáneos: (1) motivar personas a ejercer su voluntad y (2) aliviar parte de la carga psicológica de ejercer su voluntad. Es más, la espiritualidad puede afectar la autorregulación tanto explícitamente, como implícitamente (Hodge, et ál., 2020).

#### **5.4.2.6 Autorregulación y Responsabilidad en Salud**

La autorregulación en salud se da cuando la persona es capaz de aplicar los conocimientos de comportamientos en salud que posee, pues el estado de salud que posee cada individuo dependerá en gran medida de los tipos de comportamiento que éste efectúe (Limia, 2010).

Implica escoger, decidir sobre alternativas saludables y correctas, en vez de aquellas que se vuelven un riesgo para la salud. Significa reconocer que se tiene la habilidad para modificar los riesgos inherentes de la herencia y ambiente social, además, supone que se pueden modificar los riesgos mediante cambios en el propio comportamiento. Para poder estar consciente de los efectos potenciales peligrosos de hábitos o dependencias de riesgo, se requiere un esfuerzo reflexivo para examinar la vida desde la perspectiva de la salud y luego un esfuerzo concertado dirigido a cambiar o modificar los hábitos negativos arraigados (Limia, 2010).

El único responsable y que puede modificar los comportamientos de riesgo hacia unos comportamientos saludables de bienestar o positivos es el propio individuo y nadie más. Éste es el que decide cómo cuidarse y si desea mantener una buena salud. La motivación en última instancia es intrínseca, es decir, que se deriva del mismo individuo (Limia, 2010).

#### **5.4.2.7 Comportamientos de Autogestión y Monitoreo Conductual**

La capacidad del individuo para controlarse y monitorearse a sí mismo es una de las condiciones de salud mental más importantes. El individuo con capacidad de comportamientos de autogestión y capacidad de monitoreo conductual es el que puede controlar los deseos y ser capaz de diferir la carga de sus necesidades y renunciar a los placeres inmediatos en pro de la recompensa futura, de largo alcance y más duraderos (Al-Smadi, y Bani-Abduh, 2017).

En el monitoreo conductual el individuo el individuo tiene las habilidades para monitorizar los marcadores de salud y enfermedad, tomar decisiones para modificar su propio comportamiento, y desarrollar planes de acción y establecimiento de objetivos individualizados (Rotheram-Borus, Ingram, Swendeman, & Lee, 2012).

#### **5.4.2.8 Comportamientos de Autogestión y Control de Estímulos**

En el control de estímulos están inmersos procesos de autogestión, ya que está actúa como una habilidad para resistir o posponer la consecución de un impulso, energía, o tentación de actuar, generando aceptación y control de los impulsos surgidos en el sujeto, predisponiendo a una conducta más responsable y serena; por tal motivo, cuando esta habilidad no funciona puede llevar al sujeto a una pérdida del control de sí mismo, actuando de manera explosiva e impredecible (Rodríguez, Paraná, Russián y Moreno, 2010).

La capacidad de la persona de auto gestionarse emocionalmente y controlar los estímulos se puede dividir en tres dimensiones, las cuales son: tolerancia a la frustración, control de impulsos, y la flexibilidad del yo (Rodríguez,et ál , 2010). Con respecto a la tolerancia a la frustración, esta es definida como el manejo activo y positivo de las situaciones estresantes o adversas. Supone la capacidad de autogestión para resistir, soportar e influenciar las situaciones problemáticas o de crisis sin dejarse llevar por estados emocionales intensos (Rodríguez,et ál , 2010).

Por otro lado, el control de impulsos, es la habilidad para resistir o posponer la consecución de un impulso, energía, o tentación de actuar. La aceptación y control de los impulsos predispone a una conducta más responsable y serena (Rodríguez, et ál, 2010)., y, por último, la flexibilidad del yo corresponde a la habilidad de adaptación y ajuste de las propias emociones, pensamientos y conductas a diferentes situaciones y condiciones cambiantes, no predecibles y no familiares (Rodríguez,et ál , 2010).

La autogestión y control de los impulsos predicen resultados positivos para la salud y el bienestar. Se cree que estos resultados positivos se derivan, al menos en parte, de una combinación en la participación de conductas saludables y la evitación de factores de riesgo para la mala salud dado un mayor control cognitivo (Cabezas Henríquez, 2021).

#### **5.4.2.9 Comportamientos de Autogestión y Reacondicionamiento**

La autogestión y el reacondicionamiento se ponen en práctica cuando se generan intervenciones que busquen gestionar un cambio de comportamiento para aumentar los comportamientos en salud de las personas (Dobkin, 2016). Cuando las personas se involucran constantemente en un comportamiento dirigido a objetivos en un contexto particular la mera exposición a ese contexto puede promover conductas de lucha por alcanzar metas e involucrar a la persona en su proceso de reacondicionamiento mediado en parte por los comportamientos de autogestión (Mann, De Ridder, y Fujita, 2013).

Como parte del proceso de reacondicionamiento, las personas deben de aceptar la responsabilidad para cambiar el estilo de vida y experimentar una sensación de empoderamiento, además, deberá de aprender a contrarrestar los sentimientos de ser víctima si padece de alguna enfermedad y debe de tomar el control de esta (Rotheram-Borus, Ingram, Swendeman y Lee,

2012). La persona necesita resolver el conflicto entre los objetivos y valorar la salud y la longevidad más que las gratificaciones del estilo de vida actual (Rotheram-Borus, et ál, 2012).

Los datos analizados en este apartado ponen en evidencia la gran relación que existe entre los comportamientos de autogestión y las habilidades de autorregulación en las personas, y como estas influyen en su salud y su día a día, además, ponen en evidencia como la enfermería tiene el potencial de trabajar sobre estos elementos, analizarlos y dar respuesta a las necesidades de las personas, mediante el Proceso de Atención de Enfermería.

En síntesis, tanto las habilidades de autorregulación, como los comportamientos de autogestión, y sus sub escalas presentes en los instrumentos utilizados para medir las variables, pueden influir en la generación de resultados proximales y distales, lo que se ve reflejado en mayores habilidades por parte de las personas de participar activamente en comportamientos promotores de la salud.

## **5.5 Limitaciones**

- Los cuestionarios utilizados no se encuentran validados en Costa Rica. El ISR está en idioma inglés y se utilizó una traducción liderada por la directora de esta investigación. El HPLPII es una versión española que se ha utilizado en el país, pero no se ha validado aún a población costarricense.
- Algunos participantes refirieron percibir algunas complicaciones en la resolución de las encuestas, específicamente del IRS. Lo cual se puede deber a las barreras del lenguaje y culturales que se pueden presentar en los procesos de traducción y pueden llegar a confundir al lector.

- La ausencia de investigaciones nacionales, así como la limitada cantidad de investigaciones internacionales que relacionen ambas variables dificultó contrarrestar los hallazgos encontrados y profundizar en la etapa de discusión, ya que no se contaban con suficientes hallazgos que ayudaran a contextualizar los resultados a la población estudiada.
- Debido a que se usaron plataformas virtuales para reclutar a los participantes se obtuvo que la mayoría de respuestas provenían de personas adultas jóvenes, lo que dejó casi sin representación a las personas de la adultez tardía, y sería contraproducente mencionar que los resultados obtenidos se pueden generalizar a toda la población que se encuentre entre los 18 y 65 años de edad.

## **5.6 Conclusiones**

Se puede determinar que las personas participantes de la investigación tienen un alto nivel de autorregulación, y evidencian un manejo óptimo de sus comportamientos de autogestión, lo que podría indicar un adecuado estilo de vida. Así mismo, se descubrió que a mayor habilidad de autorregulación mayores niveles de comportamientos de autogestión y viceversa. Esta asociación apoya lo descrito en la Teoría de Autogestión Individual y Familiar.

Más específicamente se pudo observar que a mayores niveles de comportamientos de autogestión, mayores niveles de reacondicionamiento, monitoreo conductual y control de estímulos, todas estas habilidades de autorregulación. Con respecto a los comportamientos de autogestión específicos se encontró que, a mayores niveles de autorregulación, mayores niveles de actividad física, manejo del estrés, relaciones interpersonales, nutrición, responsabilidad en salud y crecimiento espiritual de las personas participantes. Se resalta que los datos obtenidos reflejan que la muestra presenta niveles medio- bajos en la actividad física y manejo del estrés y niveles

medio-altos en los comportamientos de crecimiento espiritual y relaciones interpersonales de los comportamientos de autogestión.

Los resultados de esta investigación dan una aproximación a una mejor comprensión de las relaciones entre las habilidades de autorregulación y los comportamientos de autogestión en la población habitante de Costa Rica, lo cual tiene el potencial de dirigir futuras intervenciones e investigaciones, enfocando las acciones de cuidado de enfermería en los procesos de autorregulación para poder influir de manera positiva en los comportamientos de autogestión de los individuos y de esta manera contribuir a mejorar la calidad de vida, previniendo a su vez enfermedades y comportamientos de riesgo para la salud.

## **5.7 Recomendaciones**

### ***5.7.1 Futuras Investigaciones***

- Es importante generar evidencia relacionada al accionar de enfermería y descubrir formas de acompañar a la población en estilos de vida saludables, hacer presente la prevención mediante educación y seguimiento de metas y no atender únicamente como personal de salud a las morbilidades de los usuarios.
- Validar el ISR en su versión en español, ya que es un instrumento muy completo y que proporciona conocimiento de importancia para comprender la capacidad de adopción a nuevas conductas de salud en una persona por medio de su habilidad de autorregulación.
- Desarrollar más investigación sobre la autogestión en salud y los cambios de comportamientos en las personas ya que son de gran importancia en las distintas áreas de acción de la profesión de enfermería.

- Documentar e investigar sobre los mecanismos necesarios para aumentar la autorregulación y las intervenciones para mejorar la autogestión en salud de manera que para el abordaje de comportamientos de salud desde la autorregulación se pueda contar con material y evidencia para el trabajo con las personas.

### ***5.7.2 Enfermería como Ciencia***

- Como se menciona en la teoría la Autogestión Familiar e Individual de Ryan y Poly (2009), aunque la autorregulación está presente en la persona, necesita ser instruida y gestionada mediante educación y revaloración de la persona, es por esto que para alcanzar objetivos relacionados a estilos de vida saludables en las personas usuarias del sistema de salud es indispensable que el personal de enfermería cumpla un rol de guía y educador con los usuarios a fin de involucrarnos en la autorregulación y se puedan generar comportamientos de autogestión positivos en la salud de los individuos.
- Se recomienda evaluar el nivel de autorregulación de las personas adultas al realizar intervenciones que requieran cambios de comportamientos en salud a fin de valorar su capacidad para adoptar estos comportamientos y que estos sean parte de su estilo de vida. Estas evaluaciones deben ser continuas para así poder comprender la evaluación de la adopción de comportamientos y los cambios en el nivel de autorregulación.

### ***5.7.3 Escuela de Enfermería, UCR***

- Incentivar desde la Escuela de Enfermería la importancia de la investigación en todos los campos de estudio relacionados a la disciplina y, a partir de esto, dar mayor capacitación para que los estudiantes tengan conocimiento que les permita investigar e incursionar en generar evidencia de la profesión.

- Aumentar el uso de teorías distintas a las del plan de estudio para generar un marco más amplio de la labor que realiza la profesión.
- Reforzar desde el ámbito institucional y laboral las competencias y habilidades en la investigación científica de docentes y profesionales de enfermería, de manera que se generen investigaciones científicas de calidad para fortalecer en la disciplina la conciencia de comportamientos promotores en salud y su repercusión en el estilo de vida.
- Motivar a las personas pertenecientes a la escuela a mantener estilos de vida saludables, enseñarles a medir su nivel de autorregulación y comprender la importancia de la autogestión en salud como un todo.

#### ***5.7.4 Colegio de Enfermeras y Enfermeros de Costa Rica***

- Fomentar, desde el Colegio de Enfermeras y Enfermeros la realización de investigaciones en los diferentes espacios laborales, en donde se incluyan las variables estudiadas en el proyecto, ya que estas son inherentes al cuidado y a la ciencia de la enfermería.
- Fomentar la práctica de la enfermería en los ámbitos que se desarrollan en esta investigación, con tal de que los resultados obtenidos sean aplicados, valorados y reevaluados en la población costarricense.

## 7. Referencias Bibliográficas

- Annesi, J. (2011). Relationship of initial self-regulatory ability with changes in selfregulation and associated fruit and vegetable consumption in severely obese women initiating an exercise and nutrition treatment: Moderation of mood and self-efficacy. *Journal of Sports Science & Medicine*, 10(4), 643.
- Annesi, J. J. (2021). Reciprocal relationship of mood and emotional eating changes through self-regulation of weight-loss behaviors. *Eating behaviors*, 43, 101559.
- Annesi, J. J., & Gorjala, S. (2010). Relations of self-regulation and self-efficacy for exercise and eating and BMI change: A field investigation. *BioPsychoSocial Medicine*, 4(1), 1-6.
- Annesi, J. J., Johnson, P. H., & McEwen, K. L. (2015). Changes in self-efficacy for exercise and improved nutrition fostered by increased self-regulation among adults with obesity. *The journal of primary prevention*, 36(5), 311-321
- Annesi, J., Johnson, P., & Porter, K. (2015). Bi-directional relationship between self regulation and improved eating: Temporal associations with exercise, reduced fatigue, and weight loss. *The Journal of Psychology*, 149(6), 535-553. Obtenido de: <https://doi:10.1080/00223980.2014.913000>
- Annesi, J. J., & Gorjala, S. (2010). Relations of self-regulation and self-efficacy for exercise and eating and BMI change: A field investigation. *BioPsychoSocial Medicine*, 4(1), 1-6.
- Annesi, J., Kandice J., & Johnson P. (2015). Carry-over of self-regulation for physical activity to self-regulating eating in women with morbid obesity. *Women & Health*, 55(3), 314-333.99
- Aldwin, C. M., Park, C. L., Jeong, Y. J., & Nath, R. (2014). Differing pathways between

- religiousness, spirituality, and health: A self-regulation perspective. *Psychology of religion and spirituality*, 6(1), 9.
- Al-Khawaldeh, O. A., Al-Hassan, M. A., & Froelicher, E. S. (2012). Self-efficacy, self-management, and glycemic control in adults with type 2 diabetes mellitus. *Journal of Diabetes and its Complications*, 26(1), 10-16.
- Allegrante, J. P., Wells, M. T., & Peterson, J. C. (2019). Interventions to support behavioral self-management of chronic diseases. *Annual review of public health*, 40, 127-146.
- Al-Smadi, M. S., & Bani-Abduh, Y. M. (2017). Standardization of the Self Control and Self-Management Skills Scale (SCMS) on the Student of University of Najran. *Universal Journal of Educational Research*, 5(3), 453-460.
- Argel, M. M., & Urzola, A. U. (2013). Estilos de vida en estudiantes universitarios. *Psicogente*, 16(30), 356-367.
- Argüello-González, A. J., & Cruz-Arteaga, G. (2017). Autorregulación de hábitos alimenticios en médicos residentes de Medicina Familiar con sobrepeso u obesidad. *Atención Familiar*, 24(4), 160-164.
- Aristizábal Hoyos, Gladis Patricia, Blanco Borjas, Dolly Marlene, Sánchez Ramos, Araceli, & Ostiguín Meléndez, Rosa María. (2011). El modelo de promoción de la salud de Nola Pender: Una reflexión en torno a su comprensión. *Enfermería universitaria*, 8(4), 16-23. Recuperado en 10 de diciembre de 2021, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632011000400003&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000400003&lng=es&tlng=es).

- Arnold B. Bakker & Juriena D. de Vries (2021) Job Demands–Resource theory and self-regulation: new explanations and remedies for job burnout, *Anxiety, Stress, & Coping*, 34:1, 1-21, DOI: 10.1080/10615806.2020.1797695
- Atuncar Manco, G. D. (2017). Actividad física, estrés percibido y autorregulación emocional en estudiantes universitarios de Lima.
- Aydin, D. (2018). Relationship between the spiritual intelligence and self-regulation skills of education faculty students. *Journal of Education and Training Studies*, 6(12), 227-234.
- Balani, R., Herrington, H., Bryant, E., Lucas, C., & Kim, S. C. (2019). Nutrition knowledge, attitudes, and self-regulation as predictors of overweight and obesity. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 31(9), 502-510.
- Bogg, T., & Slatcher, R. (2015). Activity mediates conscientiousness' relationship to diurnal cortisol slope in a national sample. *Health Psychology*, 34(12), 1195.
- Brock, C. I. (2016). The relationship between self-regulation and stress, sleep, and behavioral health.
- Brownson, C. E. (2012). Self-Regulation: An 'Active Ingredient' in the Spirituality-Health Relationship.
- Buckner, J. C., Mezzacappa, E., & Beardslee, W. R. (2009). Self-regulation and its relations to adaptive functioning in low income youths. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 79(1), 19–30. Obtenido de: <https://doi.org/10.1037/a0014796>
- Burns, N., Grove, S. K., & Gray, J. (2012). *Investigación en enfermería: desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia*. España: Elsevier

- Cabezas Henríquez, M. F. (2021). Alfabetización alimentaria, autorregulación alimentaria y su asociación con la dieta, estado nutricional y bienestar de adultos en Chile.
- Campos-Uscanga, Y., Gutiérrez-Ospina, G., Morales-Romero, J. & Romo-González, T. (2017). Self-regulation of eating and physical activity is lower in obese female college students as compared to their normal weight counterparts. *Eating and Weight Disorders-Studies on Anorexia, Bulimia and Obesity*, 22(2), 311-319. Obtenido de: <https://doi:10.1007/s40519-016-0338-9>
- Campos-Uscanga, Y., Morales-Ortiz, A. & Argüelles-Nava, V. (2016). Obesity in female students: Ethnicity and self-regulation as predicting factors. *Health Behavior and Policy Review*, 3(4), 315-322. Obtenido de: <https://doi:10.14485/HBPR.3.4.3>
- Campos-Uscanga, Y., Morales-Romero, J., & Romo-González, T. (2015). Diseño y validación de una escala para valorar la autorregulación de hábitos alimentarios en estudiantes universitarios mexicanos. *Archivos latinoamericanos de nutrición*, 65(1), 44-50.
- Cárdenas J. (2014). Potencia estadística y cálculo del tamaño del efecto en G\*Power: complementos a las pruebas de significación estadística y su aplicación en psicología. *Salud Soc* 5(2):210–44. Obtenido de: <http://146.83.115.167/index.php/saludysociedad/article/view/899/729>
- Cerezo, R., Bernardo, A., Esteban, M., Sánchez, M., & Tuero, E. (2015). Programas para la promoción de la autorregulación en educación superior: un estudio de la satisfacción diferencial entre metodología presencial y virtual. *European Journal of Education and Psychology*, 8(1), 30-36.
- Clark, N. M., Gong, M., Kaciroti, N., Yu, J., Wu, G., Zeng, Z., & Wu, Z. (2005). A trial of asthma

- self-management in Beijing schools. *Chronic Illness*, 1(1), 31-38.
- Colegio de Enfermeras de Costa Rica. (ND). Plan Nacional de Enfermería 2011-2021. Obtenido de: <http://enfermeria.cr/project/docs/reglamentos/PNEDocfinal.pdf>
- Concha-Viera, A. M., Cuevas-Ferrer, R., Campos-Romero, P., & González-Hernández, J. (2017). Recursos motivacionales para la autorregulación en la actividad física en edad universitaria. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 17(2), 27-34.
- De Castro, E. K., & Moro, L. (2012). Factores psicosociales relacionados con el autocuidado en la prevención, tratamiento y postratamiento del cáncer de mama. *Psicooncología*, 9(2/3), 453.
- Departamento de Salud, Educación y Bienestar de los Estados Unidos. (1979). Informe Belmont. Principios éticos y orientaciones para la protección de sujetos humanos en la experimentación. Obtenido de: <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
- De Ridder, D. T., & De Wit, J. B. (2006). Self-regulation in health behavior: Concepts, theories, and central issues. *Self-regulation in health behavior*, 1-23.
- Díaz, M. J. B., & Girón, V. V. (2015). Salud y autorregulación en reclusos. Un estudio comparativo con sujetos sin antecedentes penales. *Boletín Criminológico*.
- Díaz, M. (2014). ESTILOS DE VIDA SALUDABLE EN ESTUDIANTES DE ENFERMERÍA EN LA UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 19(1),68-83. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=309131703006>
- Dobkin, B. H. (2016). Behavioral self-management strategies for practice and exercise should be included in neurologic rehabilitation trials and care. *Current opinion in neurology*, 29(6), 693.

- Dubuc-Charbonneau, N., & Durand-Bush, N. (2015). Moving to action: the effects of a self-regulation intervention on the stress, burnout, well-being, and self-regulation capacity levels of university student-athletes. *Journal of Clinical Sport Psychology*, 9(2), 173-192.
- Dunke, L., Veronez da Cunha, N., & Aparecida, L. (2018). Self-Efficacy for Managing Chronic Disease 6-Item Scale: avaliação da autoeficácia no gerenciamento da doença crônica. *Revista Cuidarte*, 9(3), 2435–2446.
- Erturan, G., McBride, R., & Aghuga, B. (2020). Self-regulation and self-efficacy as mediators of achievement goals and leisure time physical activity: a proposed model. *Pedagogy of Physical Culture and Sports*, 24(1).
- Eschenbeck, H., Heim-Dreger, U., Steinhilber, A., & Kohlmann, C. W. (2016). Self-regulation of healthy nutrition: automatic and controlled processes. *BMC psychology*, 4(1), 1-8.
- Faílde-Garrido, J. M., Ruiz Soriano, L., & Simón, M. A. (2021). Levels of Physical Activity and Their Relationship With Motivational Determinants, Self-Regulation, and Other Health-Related Parameters in University Students. *Psychological Reports*, 00332941211005116.
- Fitzsimons, G. M., & Finkel, E. J. (2010). Interpersonal Influences on Self Regulation. *Current Directions in Psychological Science*, 19(2), 101–105. <http://www.jstor.org/stable/41038549>
- Gianessi, C. (2012). From habits to self-regulation: How do we change?. *Yale Journal of Biology and Medicine*, 85(2), 293-299. Obtenido de: <https://doi: i.nlm.nih.gov/pubmed/22737058>
- Gimenez-Dasí, M., & Mariscal, S. (2009). *Psicología del desarrollo*. McGraw-Hill.
- Gómez, M (2016) *Introducción a la Metodología de la Investigación Científica* [Internet]. Buenos Aires, Argentina: Editorial Brujas.

- Hakun, J., & Findeison, M. (2020). Cognitive control moderates the health benefits of trait self-regulation in young adults. *Personality and Individual Differences*, 152, 1095-1103.m
- Halberstadt, J., Vet, E., Nederkoorn, C., Jansen, A., van Weelden, O., Eekhout, I., Weelden, O., Eekhout, I., Heymans, M., & Seidell, J. (2017). The association of selfregulation with weight loss maintenance after an intensive combined lifestyle intervention for children and adolescents with severe obesity. *BMC Obesity*, 4, 13-32. Obtenido de: <https://doi:10.1186/s40608-016-0140-2>
- Hammer, M. J., Ercolano, E. A., Wright, F., Dickson, V. V., Chyun, D., & Melkus, G. D. E. (2015). Self-management for adult patients with cancer: an integrative review. *Cancer Nursing*, 38(2), E10-E26.
- Hardy, S. A., Baldwin, C. R., Herd, T., & Kim-Spoon, J. (2020). Dynamic associations between religiousness and self-regulation across adolescence into young adulthood. *Developmental psychology*, 56(1), 180.
- Hennessy EA, Johnson BT, Acabchuk RL, McCloskey K, Stewart-James J. (2020). Self-regulation mechanisms in health behavior change: a systematic meta-review of meta-analyses, 2006-2017. *Health Psychol Rev.* Mar;14(1):6-42. Obtenido de: <https://doi.org/10.1080/17437199.2019.1679654>
- Hernandez, R.Fernandez, C., Baptista, M. P. (2014). Metodología de la Investigación. In *BMC Public Health* (6ta ed., Vol. 5). Retrieved from <https://ejournal.poltektegal.ac.id/index.php/siklus/article/view/298%0Ahttp://repositorio.unan.edu.ni/2986/1/5624.pdf%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j.jana.2015.10.005%0Ahttp://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/58%0Ahttp://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&P>

- Hill-Briggs, F. (2003). Problem solving in diabetes self-management: a model of chronic illness self-management behavior. *Annals of Behavioral Medicine*, 25(3), 182-193.
- Hodge, A. S., Alderson, C. J., Mosher, D. K., Davis, C. W., Hook, J. N., Van Tongeren, D. R., ... & Davis, D. E. (2020). Religion and spirituality, free will, and effective self-regulation. *The science of religion, spirituality, and existentialism*, 103-117.
- Huang, Y. T., & Su, S. F. (2018). Motives for Instagram use and topics of interest among young adults. *Future Internet*, 10(8), 77. Obtenido de: <https://www.mdpi.com/1999-5903/10/8/77>
- Jerant, A. F., Von Friederichs-Fitzwater, M. M., & Moore, M. (2005). Patients' perceived barriers to active self-management of chronic conditions. *Patient Education and Counseling*, 57(3), 300–307. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2004.08.004>
- Kirwan, M., Vandelanotte, C., Fenning, A., & Duncan, M. J. (2013). Diabetes self-management smartphone application for adults with type 1 diabetes: randomized controlled trial. *Journal of medical Internet research*, 15(11), e23
- Koole, S. L., Kuhl, J., Jostmann, N. B., & Finkenauer, C. (2006). Self-Regulation in Interpersonal Relationships: The Case of Action versus State Orientation.
- Limia, M., (2010). Cambio de mentalidad: Responsabilidad de salud. *Index de Enfermería*, 19(1), 42-46.
- López-Gil, J. F., Oriol-Granado, X., Izquierdo, M., Ramírez-Vélez, R., Fernández-Vergara, O., Olloquequi, J., & García-Hermoso, A. (2020). Healthy lifestyle behaviors and their association with self-regulation in Chilean children. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(16), 5676.

- Lorig K R, & Holman H R. (2003). Self Management Education: History, Definition, Outcomes and Mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 26(1), 1–7. Retrieved from <http://www.springerlink.com/index/96t1713736v23t27.pdf>
- Lugli Rivero, Z. (2011). Autoeficacia y locus de control: variables predictoras de la autorregulación del peso en personas obesas. *Pensamiento psicológico*, 9(17), 43-56.
- Magalhães, B., Fernandes, C., Santos, C., Lima, L., & Martínez-galiano, J. M. (2019). Autogestão das complicações associadas ao tratamento de quimioterapia: uma scoping review. 4(2), 370–404.
- Mann, T., De Ridder, D., & Fujita, K. (2013). Self-regulation of health behavior: social psychological approaches to goal setting and goal striving. *Health Psychology*, 32(5), 487.
- McClelland, M., Geldhof, J., Morrison, F., Gestsdóttir, S., Cameron, C., Bowers, E., ... & Grammer, J. (2018). Self-regulation. *Handbook of life course health development*, 275-298.
- McCullough, M. E., & Carter, E. C. (2013). Religion, self-control, and self-regulation: How and why are they related?.
- Merino Tejedor, E., & Lucas Mangas, S. (2016). La autoeficacia y la autorregulación como variables moderadoras del estrés laboral en docentes de educación primaria. *Universitas Psychologica*, 15(1), 205-218.
- Mezuk, B., Ratliff, S., Concha, J. B., Abdou, C. M., Rafferty, J., Lee, H., & Jackson, J. S. (2017). Stress, self-regulation, and context: Evidence from the health and retirement survey. *SSM-population health*, 3, 455-463
- Ministerio de Salud Costa Rica. (2019). Análisis de la situación de salud 2018.

- Ministerio de Salud. (2014). Ley Reguladora de Investigación Biomédica No.9234. [http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm\\_texto\\_completo.aspx?para\\_m1=NRTC&nValor1=1&nValor2=77070&nValor3=96424&strTipM=TC](http://www.pgrweb.go.cr/scij/Busqueda/Normativa/Normas/nrm_texto_completo.aspx?para_m1=NRTC&nValor1=1&nValor2=77070&nValor3=96424&strTipM=TC)
- Mitchell, M. S., Greenbaum, R. L., Vogel, R. M., Mawritz, M. B., & Keating, D. J. (2019). Can you handle the pressure? The effect of performance pressure on stress appraisals, self-regulation, and behavior. *Academy of Management Journal*, 62(2), 531-552.
- Moffitt, T., Arseneault, L., Belsky, D., Dickson, N., Hancox, R., Harrington, H., Houts, R., Poulton, R., Roberts, B., Ross, S., Sears, M., Thomson, M., & Caspi, A. (2011). A gradient of childhood self-control predicts health, wealth, and public safety. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 108(7), 2693-2698. Obtenido de: <https://doi.org/10.1073/pnas.1010076108>
- Monge-Rojas, R., Godinho, C. A., & Reyes Fernández, B. (2021). Modelling longitudinal directional associations between self-regulation, physical activity, and habit: Results from a cross-lagged panel model. *International journal of behavioral medicine*, 28(4), 466-478.
- Moore, S. M., Schiffman, R., Waldrop-Valverde, D., Redeker, N. S., McCloskey, D. J., Kim, M. T., ... Grady, P. (2016). Recommendations of Common Data Elements to Advance the Science of Self-Management of Chronic Conditions. *Journal of Nursing Scholarship*, 48(5), 437-447. <https://doi.org/10.1111/jnu.12233>
- Moreno, G. A. (2008). La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, 9(1), 93-107.
- Morrison, V., & Bennett, P. (2009). *An introduction to health psychology*. Pearson Education Limited.

- Moscoso, M. S. (2018). Mindfulness, autorregulación emocional y reducción de estrés: ¿ciencia o ficción?. *Revista Mexicana de Investigación en Psicología*, 10(2), 101-121.
- Oberst, U., Sánchez, F., Oriol Granado, X., & Páez, D. (2013). Funcionalidad de las estrategias de autorregulación y regulación interpersonal de la ira y la tristeza. *Anuario de Psicología*, 2013, vol. 43, núm. 3, p. 381-396.
- Ogunbode, A. M., Ladipo, M., Ajayi, I. O. & Fatiregun, A. A. (2011). Obesity: An emerging disease. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 14(4), 390-394. Obtenido de: <https://doi:10.4103/1119-3077.91741>
- Orem, D. E. (1983). Normas prácticas en enfermería. Ediciones Pirámide
- OMS (2010). *Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud*. Obtenida de [http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet\\_recommendations/es/index.html](http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/es/index.html).
- OMS. (2016). Nota descriptiva N°311 junio de 2016. Obtenida de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/obesity-and-overweight>
- OMS. (2020). MONITOREO DE AVANCES EN MATERIA DE LAS ENFERMEDADES NO TRANSMISIBLES 2020. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259806/9789243513027-spa.pdf?sequence=1>
- Otter, C. E., Smit, J., Hagedoorn, E. I., Keers, J. C., Janneke, M., & Schoonhoven, L. (2020). Nurses' perceptions of self-management and self-management support of older patients during hospitalization. *Geriatric Nursing*.
- Padin, A. C., Emery, C. F., Vasey, M., & Kiecolt-Glaser, J. K. (2017). Self-regulation and implicit

- attitudes toward physical activity influence exercise behavior. *Journal of Sport and Exercise Psychology*, 39(4), 237-248.
- Papalia, D. E., Olds, S. W., & Feldman, R. D. (2007). *Human development*. McGraw-Hill.
- Pereira, L. D., Bellinati, N. V. D. C., & Kanan, L. A. (2018). Self-Efficacy for Managing Chronic Disease 6-Item Scale: assessing self-efficacy in chronic disease management. *Revista Cuidarte*, 9(3), 2435-2445.
- Pérez-Fortis, A., Ulla Díez, S. M., & Padilla, J. L. (2012). Psychometric properties of the Spanish version of the health-promoting lifestyle profile II. *Research in Nursing and Health*, 35(3), 301–313. <https://doi.org/10.1002/nur.21470>
- Pinchera, B., Delloiacono, D., & Lawless, C. A. (2018). Best practices for patient self-management: Implications for nurse educators, patient educators, and program developers. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 49(9), 432–440. <https://doi.org/10.3928/00220124-20180813-09>
- Polit, D. F., & Beck, C. T. (2010). *Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice*. Lippincott Williams & Wilkins.
- Prado Solar, L. A., González Reguera, M., Paz Gómez, N., & Romero Borges, K. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista médica electrónica*, 36(6), 835-845.
- Protogerou, C. McHugh, K y Johnson, B. (2020): How best to reduce unhealthy risk-taking behaviours? A meta-review of evidence syntheses of interventions using self-regulation principles, *Health Psychology Review*. Obtenido de:

<https://doi.org/10.1080/17437199.2019.1707104>

Ramírez, R. A., & Hernández, L. S. (2014). Desarrollo regional desigual y mercado de trabajo en Costa Rica. *Estudios del Desarrollo Social: Cuba y América Latina*, 2(2), 15-35.

Ramli, N. H., Alavi, M., Mehrinezhad, S. A., & Ahmadi, A. (2018). Academic stress and self-regulation among university students in Malaysia: Mediator role of mindfulness. *Behavioral Sciences*, 8(1), 12.

Reed, J., Yates, B., Houfek, J., Pullen, C., Briner, W., & Schmid, K. (2016). Eating self-regulation in overweight and obese adults: A Concept Analysis. *Nursing Fórum*, 51(2), 105-116.  
Obtenido de: <https://doi:10.1111/nuf.12125>

Rodríguez, L. C., Paraná, U. C. A., Russián, G. C., & Moreno, J. E. (2010). Satisfacción de sí mismo, autorregulación emocional y prosocialidad en adolescentes. *Trabajo presentado en la II Reunión Nacional de Investigadores en Juventudes de Argentina. RENIJA.*

Rotheram-Borus, M. J., Ingram, B. L., Swendeman, D., & Lee, A. (2012). Adoption of self-management interventions for prevention and care. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 39(4), 649-660.

Ryan, P., & Sawin, K. J. (2009). The individual and family self-management theory: Background and perspectives on context, process, and outcomes. *Nursing outlook*, 57(4), 217-225.

Ryan, P., Brown, M. A., & Lynch, S. B. (2020). Self-management Processes Used by Healthy Middle-aged Women to Change Behaviors. *Western Journal of Nursing Research*, 42(5), 321-331. <https://doi.org/10.1177/0193945919861944>

Sáiz-Manzanares, M. C., & Pérez, M. I. P. (2016). Autorregulación y mejora del autoconocimiento

en resolución de problemas. *Psicología desde el Caribe*, 33(1), 14-30.

Santelices, L., Williams, C., Soto, M., & Dougnac, A. (2014). Efecto del enfoque de autorregulación del aprendizaje en la enseñanza de conceptos científicos en estudiantes universitarios en ciencias de la salud. *Revista médica de Chile*, 142(3), 375-381.

Serrano-Fernández, M.-J., Boada-Grau, J., Vigil-Colet, A., & Gil-Ripoll, C. (2016). Adaptación española de la escala HPLP-II con una muestra de empleados TT - Spanish Adaptation of the HPLP-II toward with a Sample of Employees. *Universitas Psychologica*, 15(4), 1–14.  
<https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy15-4.aeem>

Shieh, C., Weaver, M. T., Hanna, K. M., Newsome, K., & Mogos, M. (2015). Association of Self-Efficacy and Self-Regulation with Nutrition and Exercise Behaviors in a Community Sample of Adults. *Journal of community health nursing*, 32(4), 199-211.  
<http://dx.doi.org/10.1080/07370016.2015.1087262>

Shiota, M. N., Campos, B., Keltner, D., & Hertenstein, M. J. (2004). Positive emotion and the regulation of interpersonal relationships. *The regulation of emotion*, 68.

Soto, P., Masalan, P., & Barrios, S. (2018). La educación en salud, un elemento central del cuidado de enfermería. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 29(3), 288-300.

Spring, B. Champion, K. Acabchuk R. y Hennessy, E. (2020): Self-regulatory behavior change techniques in interventions to promote healthy eating, physical activity, or weight loss: A meta-review, *Health Psychology Review*. Obtenido de:  
<https://doi.org/10.1080/17437199.2020.1721310>

Strobach, T., Englert, C., Jekauc, D., & Pfeffer, I. (2020). Predicting adoption and maintenance of

- physical activity in the context of dual-process theories. *Performance Enhancement & Health*, 8(1), 100162.
- Suls, J. Mogavero, J. Falzon, L. Pescatello, L. Hennessy, E. y Davidson, K. (2019): Health Behaviour Change in Cardiovascular Disease Prevention and Management: Meta-Review of Behaviour Change Techniques to Affect Self- Regulation, *Health Psychology Review*. Obtenido de <https://doi.org/10.1080/17437199.2019.1691622>
- Tamminen, K. A., & Crocker, P. R. (2013). “I control my own emotions for the sake of the team”: Emotional self-regulation and interpersonal emotion regulation among female high-performance curlers. *Psychology of sport and exercise*, 14(5), 737-747.
- Triviño-Vargas, Z. G. (2012). Conductas promotoras de salud en estudiantes de una institución de educación superior. *Aquichan*, 12(3), 275-285.
- Triviño, Z. López, M. (2017). Factores predictores de conductas promotoras de salud en docentes de enfermería de 3 universidades de Cali, Colombia, *Escuela de Enfermería, Universidad Del Valle, Cali, Colombia*. (2):160-170 . DOI: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.182002.120>
- Universidad de Costa Rica. (2018). Reglamento de la Investigación en la Universidad de Costa Rica. Obtenido de: [https://vinv.ucr.ac.cr/sites/default/files/files/investigacion\\_ucr.pdf](https://vinv.ucr.ac.cr/sites/default/files/files/investigacion_ucr.pdf)
- Uscanga, Y. C., Nava, V. G. A., Martínez, F. D. V., & León, M. C. O. (2014). Autorregulación, autoeficacia Y orientación nutricional para la disminución del exceso de peso. *Revista Argentina de Clinica Psicologica*, 23(2), 163–170.
- Valcárcel-Barrero, S. (2014). Control ejecutivo y autorregulación emocional de la ansiedad en las relaciones interpersonales.

- Valdez, J. A., & Guzmán, L. G. D. (2020). Autorregulación ante el COVID-19. *Revista del Centro de Investigación de la Universidad la Salle*, 14(53), 211-238.
- Walker, S.N., & Hill-Polerecky, D.M. (1996). Psychometric evaluation of the Health-Promoting Lifestyle Profile II. Unpublished manuscript, University of Nebraska Medical Center.
- Wei, W. S., McCoy, D. C., & Hanno, E. C. (2021). Classroom-level peer self-regulation as a predictor of individual self-regulatory and social-emotional development in Brazil. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 77, 101347.
- Wolf ZR, Heinzer MM. (1999). Substruction: Illustrating the connections from research question to analysis. *J Prof Nurs*: 5(1):33–7. obtenido de: [https://ac.els-cdn.com/S8755722399800234/1-s2.0-S8755722399800234-main.pdf?\\_tid=9f2d7b44-4109-4c7f-b6c0-](https://ac.els-cdn.com/S8755722399800234/1-s2.0-S8755722399800234-main.pdf?_tid=9f2d7b44-4109-4c7f-b6c0-)
- Wong McClure, R. (2016). Vigilancia de los factores de riesgo cardiovascular. Obtenido de: <https://www.binasss.sa.cr/informesdegestion/encuesta2014.pdf>
- Yeom, H. A., Choi, M., Belyea, M., & Fleury, J. (2011). Psychometric evaluation of the index of self-regulation. *Western Journal of Nursing Research*, 33(2), 268-285.
- Zauszniewski JA. (1995). Operationalization of a Nursing Model fo

## 8. Anexos

### Anexo 1: Cuestionario de Características Demográficas

Universidad de Costa Rica

Facultad de Medicina

Escuela de Enfermería

#### Instrumento de recolección de datos

**Seminario: Las habilidades de autorregulación y su relación con los comportamientos de autogestión en adultos.**

#### Código Identificación:

A continuación, se le presenta una serie de preguntas sobre datos personales, complete con sus datos sobre la línea, o marque con un X en la opción correspondiente

1. ¿Cuántos años cumplidos tiene? \_\_\_\_\_
2. Sexo:
  - Mujer
  - Hombre
  - Otro: \_\_\_\_\_
3. Género:
  - Femenino
  - Masculino
  - Otro: \_\_\_\_\_
4. ¿Cuál es su lugar de residencia? (Provincia, cantón y distrito)  
\_\_\_\_\_
5. ¿Cuál es su estado conyugal?
  - En unión libre o juntado (a)
  - Casado (a)
  - Divorciado (a)
  - Separado (a)
  - Viudo (a)
  - Soltero (a)
6. ¿Cuál es su nivel de educación actual?
  - Ninguno
  - Primaria incompleta
  - Primaria completa
  - Secundaria incompleta
  - Secundaria completa
  - Secundaria Técnica completa

- Secundaria Técnica incompleta
  - Parauniversitaria
  - Universidad completa. Especifique carrera: \_\_\_\_\_.
  - Universidad incompleta. Especifique carrera: \_\_\_\_\_.
  - Especialidad completa. Especifique: \_\_\_\_\_.
  - Especialidad incompleta. Especifique: \_\_\_\_\_.
7. ¿Cuál es la ocupación u oficio que tiene? \_\_\_\_\_
8. ¿Con quién vive?:
- Solo
  - Su pareja
  - Familiares
9. ¿Tiene alguna condición médica que le impida realizar actividad física?:
- Sí. ¿Cuál?: \_\_\_\_\_
  - No
10. ¿Padece de alguna enfermedad mental diagnosticada?
- Si
  - No
11. ¿Posee alguna dieta especial recomendada por un profesional en salud?
- Sí
  - No

## Anexo 2: Escala HPLP II

### CUESTIONARIO DEL ESTILOS DE VIDA II

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 un círculo alrededor de la respuesta correcta:

**N = nunca, A = algunas veces, M = frecuentemente, o R = rutinariamente**

	nunca	algunas veces	frecuentemente	rutinariamente
1. Discuto mis problemas y preocupaciones con personas allegadas.	N	A	M	R
2. Escojo una dieta baja en grasas, grasas saturadas, y en colesterol.	N	A	M	R
3. Informo a un doctor(a) o a otros profesionales de la salud cualquier señal inusual o sintoma extraño.	N	A	M	R
4. Sigo un programa de ejercicios planificados.	N	A	M	R
5. Duermo lo suficiente.	N	A	M	R
6. Siento que estoy creciendo y cambiando en una forma positiva.	N	A	M	R
7. Elogio fácilmente a otras personas por sus éxitos.	N	A	M	R
8. Limito el uso de azúcares y alimentos que contienen azúcar (dulces).	N	A	M	R
9. Leo o veo programas de televisión acerca del mejoramiento de la salud.	N	A	M	R
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 máquina escaladora).	N	A	M	R
11. Tomo algún tiempo para relajarme todos los días.	N	A	M	R
12. Creo que mi vida tiene propósito.	N	A	M	R
13. Mantengo relaciones significativas y enriquecedoras.	N	A	M	R
14. Como de 6-11 porciones de pan, cereales, arroz, o pasta (fideos) todos los días.	N	A	M	R
15. Hago preguntas a los profesionales de la salud para poder entender sus instrucciones.	N	A	M	R
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).	N	A	M	R
17. Acepto aquellas cosas en mi vida que yo no puedo cambiar.	N	A	M	R
18. Miro adelante hacia el futuro.	N	A	M	R
19. Paso tiempo con amigos íntimos.	N	A	M	R
20. Como de 2 a 4 porciones de frutas todos los días.	N	A	M	R
21. Busco una segunda opinión, cuando pongo en duda las recomendaciones de mi proveedor de servicios de salud.	N	A	M	R
22. Tomo parte en actividades físicas de recreación (tales como nadar, bailar, andar en bicicleta).	N	A	M	R
23. Me concentro en pensamientos agradables a la hora de acostarme.	N	A	M	R
24. Me siento satisfecho y en paz conmigo mismo(a).	N	A	M	R
25. Se me hace fácil demostrar preocupación, amor y cariño a otros.	N	A	M	R

	nunca	algunas veces	frecuentemente	rutinariamente
26. Como de 3 a 5 porciones de vegetales todos los días.	N	A	M	R
27. Disuto mis cuestiones de salud con profesionales de la salud.	N	A	M	R
28. Hago ejercicios para estirar los músculos por lo menos 3 veces por semana.	N	A	M	R
29. Uso métodos específicos para controlar mi tensión.	N	A	M	R
30. Trabajo hacia metas de largo plazo en mi vida.	N	A	M	R
31. Toco y soy tocado(a) por las personas que me importan.	N	A	M	R
32. Como de 2 a 3 porciones de leche, yogurt, o queso cada día.	N	A	M	R
33. Examino mi cuerpo por lo menos mensualmente, por cambios físicos o señales peligrosas.	N	A	M	R
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).	N	A	M	R
35. Mantengo un balance del tiempo entre el trabajo y pasatiempos.	N	A	M	R
36. Encuentro cada día interesante y retador (estimulante).	N	A	M	R
37. Busco maneras de llenar mis necesidades de intimidad.	N	A	M	R
38. Como solamente de 2 a 3 porciones de carne, aves, pescado, frijoles, huevos, y nueces todos los días.	N	A	M	R
39. Pido información de los profesionales de la salud sobre como tomar buen cuidado de mi misma(o).	N	A	M	R
40. Examino mi pulso cuando estoy haciendo ejercicios.	N	A	M	R
41. Practico relajación o meditación por 15-20 minutos diariamente.	N	A	M	R
42. Estoy consciente de lo que es importante para mí en la vida.	N	A	M	R
43. Busco apoyo de un grupo de personas que se preocupan por mí.	N	A	M	R
44. Leo las etiquetas nutritivas para identificar el contenido de grasas y sodio en los alimentos empacados.	N	A	M	R
45. Asisto a programas educacionales sobre el cuidado de salud personal.	N	A	M	R
46. Alcanzo mi pulso cardíaco objetivo cuando hago ejercicios.	N	A	M	R
47. Mantengo un balance para prevenir el cansancio.	N	A	M	R
48. Me siento unido(a) con una fuerza mas grande que yo.	N	A	M	R
49. Me pongo de acuerdo con otros por medio del diálogo y compromiso.	N	A	M	R
50. Como desayuno.	N	A	M	R
51. Busco orientación o consejo cuando es necesario.	N	A	M	R
52. Expongo mi persona a nuevas experiencias y retos.	N	A	M	R

© S.N. Walker, K. Sechrist, N. Pender, 1995.  
 Reproduction without the author's express written consent is not permitted. Permission to use this scale may be obtained from:  
 Susan Noble Walker, College of Nursing, University of Nebraska Medical Center, Omaha, NE 68198-5330.  
 Se prohíbe la reproducción de este cuestionario sin el permiso escrito de las autoras. Se puede obtener dicho permiso de:

**Anexo 3: Índice de Autorregulación (IRS)**

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Indeciso	De acuerdo	Muy de acuerdo
Pienso en los beneficios de cambiar las maneras en las que cuido de mí mismo					
Me acuerdo a mí mismo de lo bueno que estoy haciendo al cambiar las maneras en las que cuido de mí mismo				<input type="radio"/>	
Me acuerdo a mí mismo de la importancia de cambiar las maneras en las que cuido de mí mismo					
Le doy seguimiento a como me está yendo cambiando las maneras en las que cuido de mí mismo					
Observo los signos de progreso mientras cambio las maneras en las que cuido de mí mismo					

Me monitorizo para ver si estoy cumpliendo mis metas					
He aprendido nuevos hábitos que me ayudan a cuidar de mí mismo					
He aprendido a abordar las viejas situaciones de nuevas maneras					
He aprendido a hacer cambios con los que puedo vivir					

## Anexo 4: Consentimiento Informado

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO

Teléfono/Fax: (506) 2511-4201

Escuela de enfermería

SEQ  
"User\_B  
ox" \\*

FORMULARIO PARA EL CONSENTIMIENTO INFORMADO BASADO EN LA LEY N° 9234 “LEY REGULADORA DE INVESTIGACIÓN BIOMÉDICA” y EL “REGLAMENTO ÉTICO CIENTÍFICO DE LA UNIVERSIDAD DE COSTA RICA PARA LAS INVESTIGACIONES EN LAS QUE PARTICIPAN SERES HUMANOS”

### **Las habilidades de autorregulación y su relación con los comportamientos de autogestión en personas adultas.**

Código (o número) de proyecto: “Las habilidades de autorregulación y su relación con los comportamientos de autogestión en personas adultas”

Nombre de el/la investigador/a principal: Dra. Ana Laura Solano López.

Nombre de los sustentantes: Sergio David Lopez Castrillo, Maria Fernanda Sanchez Zarate y Alexander Sandi Corrales

Nombre del/la participante: \_\_\_\_\_

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

Correo electrónico \_\_\_\_\_

Contacto a través de otra persona \_\_\_\_\_

#### **A. PROPÓSITO DEL PROYECTO**

La presente investigación forma parte de un seminario de graduación para optar por la Licenciatura en Enfermería de la UCR, elaborada por Sergio David López Castrillo, Maria Fernanda Sánchez Zarate y Alexander Sandi Corrales, bajo la tutoría de la Dra Ana Laura Solano López, PhD. El objetivo del estudio es analizar la relación entre las habilidades de autorregulación y los comportamientos de autogestión en personas adultas. El proyecto en su totalidad será financiado por parte de los estudiantes y el único criterio para su participación, es que los participantes estén considerados como personas adultas según la definición de las fuentes consultadas para dicha investigación.

## **B. ¿QUÉ SE HARÁ?**

Su participación dentro de este estudio consiste en completar tres cuestionarios en donde se consultarán datos personales suyos además de preguntas relacionadas con su estilo de vida, para así conocer un poco más acerca de sus habilidades de autorregulación y sus comportamientos de autogestión. Esto se llevará a cabo en una sola sesión de manera virtual, a través de plataformas virtuales en donde podrán ser contestados todos los cuestionarios adjuntos para la realización del estudio.

## **C. RIESGOS**

Como parte de su participación en el estudio, existe la posibilidad que usted pueda presentar el siguiente inconveniente: incomodidad al momento de responder cada ítem contenido en los cuestionarios, ya que estos contienen preguntas que pueden resultar muy personales para usted.

En caso de que esto se presente, el grupo investigador se encuentra a su disposición al momento de responder cada pregunta, y en caso de que usted decida no responder alguna pregunta o en dado caso retirarse del estudio a causa de la naturaleza de las preguntas de cada cuestionario, podrá hacerlo con total libertad.

## **D. BENEFICIOS**

La participación de cada persona en este estudio, no contiene beneficio directo para ellos, no obstante, a través de los resultados que arroje la investigación al momento de sus análisis, será de utilidad para la sociedad costarricense en materia de investigación e impulsamiento de comportamientos promotores de salud en dichas personas, además de representar un tema innovador y poco estudiado en el ámbito nacional, siendo de esta manera el inicio de posteriores estudios con un impacto mucho más directo en todas aquellas personas que decidan ser parte de ellos.

## **E. VOLUNTARIEDAD**

La participación de cualquier persona dentro de la investigación es estrictamente voluntaria y queda a criterio y disponibilidad del participante mismo su permanencia o retiro en el caso específico que así lo requiera, sin perder los beneficios a los cuales tiene derecho o recibir ningún tipo de penalización por parte de los investigadores.

## **F. CONFIDENCIALIDAD**

La confidencialidad de los datos suministrados por parte de los participantes en cada uno de los cuestionarios respondidos queda asegurada por parte de los investigadores. De igual manera se le recuerda que existe la posibilidad de que esos datos sean utilizados en el futuro en distintas investigaciones ya sean hechos por el mismo grupo investigador o personas ajenas al estudio que tomen como referencia la información contenida en este estudio específico, pero de igual manera el anonimato de las personas será asegurado con total

seguridad, pues en lugar de sus datos personales, se les otorgará un código individual dentro de la investigación.

## H. INFORMACIÓN

Antes de dar su autorización se le sugiere comunicarse con la profesional responsable o sus colaboradores sobre este estudio y ellos deberán contestar satisfactoriamente todas sus preguntas acerca del estudio y de sus derechos. Si requiere más información en los momentos posteriores a su participación en el estudio, puede obtenerla llamando a la Dra. Ana Laura Solano López, de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica, al teléfono (2511-3178) en el horario (lunes a viernes de 7 am a 3 pm). Además, puede consultar sobre los derechos de los sujetos participantes en proyectos de investigación al Consejo Nacional de Salud del Ministerio de Salud (CONIS), teléfonos 2257-7821 extensión 119, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. Cualquier consulta adicional puede comunicarse con la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica a los teléfonos 2511-4201, 2511- 1398, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m

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

## CONSENTIMIENTO

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

---

Nombre, firma y cédula del sujeto participante

---

Lugar, fecha y hora

---

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

---

Lugar, fecha y hora

---

Nombre, firma y cédula del/la testigo

---

Lugar, fecha y hora

---