

Universidad de Costa Rica
Facultad de Medicina
Escuela de Enfermería

Trabajo Final de Graduación bajo la modalidad de seminario para optar por el
grado de Licenciatura en Enfermería

Autoeficacia en las personas adultas trabajadoras con enfermedades
cardiovasculares crónicas de la Universidad Nacional, en el 2019

Sustentantes

Jeniffer Diana Morales Solís B14517

Eriam Francela Navarrete Cano B55018

Cristian Alonso Núñez Castillo B24794

Valeria Ramírez Madrigal B55740

Xinia Ariana Segura Naranjo B36597

Juliana Valeria Zúñiga Lobo B59080

Tutora: Dra. Ana Laura Solano López

Ciudad Universitaria Rodrigo Facio
San Pedro, Montes de Oca

2020

ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN

Sesión del Tribunal Examinador, celebrada el día **18 de mayo 2020**, con el objeto de recibir el informe oral del (la) estudiante **Jeniffer Diana Morales Solís**, carné **B14517**, quien se acoge al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación, bajo la modalidad de **Seminario de Graduación**, para optar el grado de **Licenciada en Enfermería**.

Están presentes los (las) siguientes miembros del Tribunal:

Ana Laura Solano López, Directora
Vivian Vílchez Barboza, Lectora
Derby Muñoz Rojas, Lector
Shirley K. Vargas Chaves, Quinto miembro
Jaime Caravaca Morera, Preside

ARTICULO 1

El (la) Presidente informa que el expediente de **Jeniffer Diana Morales Solís** 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 **Jeniffer Diana Morales Solís**, hace la exposición oral de su trabajo final de graduación, titulado: **“Autoeficacia en las personas adultas trabajadoras con enfermedades cardiovasculares crónicas de la Universidad Nacional, en el 2019”**

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.



ARTICULO 4

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


aprobado con distinción

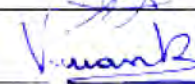
ARTICULO 5


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 **dieciocho** horas.



 _____ Ana Laura Solano López, Directora


 _____ Vivian Vilchez Barboza, Lectora


 _____ Derby Muñoz Rojas, Lector


 _____ Shirley K. Vargas Chaves, Quinto miembro


 _____ Jaime Caravaca Morera, Preside


 _____ Postulante

Cc Oficina de Registro
Expediente
Postulante





ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN

Sesión del Tribunal Examinador, celebrada el día **18 de mayo 2020**, con el objeto de recibir el informe oral del (la) estudiante **Eriam Francela Navarrete Cano**, carné **B55018**, quien se acoge al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación, bajo la modalidad de **Seminario de Graduación**, 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
Derby Muñoz Rojas, Lector
Shirley K. Vargas Chaves, Quinto miembro
Jaime Caravaca Morera, Preside

ARTICULO 1

El (la) Presidente informa que el expediente de **Eriam Francela Navarrete Cano** 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 **Eriam Francela Navarrete Cano**, hace la exposición oral de su trabajo final de graduación, titulado: **“Autoeficacia en las personas adultas trabajadoras con enfermedades cardiovasculares crónicas de la Universidad Nacional, en el 2019”**

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
18 de mayo 2020

ARTICULO 4

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

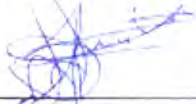
Aprobado con distinción

ARTICULO 5

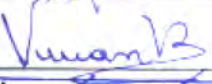
El (la) Presidente del Tribunal comunica al Postulante el resultado de la deliberación y lo (a) declara acreedor (a) al grado de **Licenciada en Enfermería**.

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 **dieciocho** horas.




Ana Laura Solano López, Directora




Vivian Vilchez Barboza, Lectora




Derby Muñoz Rojas, Lector



Shirley K. Vargas Chaves, Quinto miembro



Jaime Caravaca Morera, Preside



Eriam Navarrete Postulante

Cc Oficina de Registro
Expediente
Postulante



ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN

Sesión del Tribunal Examinador, celebrada el día **18 de mayo 2020**, con el objeto de recibir el informe oral del (la) estudiante **Cristian Alonso Núñez Castillo**, carné **B24794**, quien se acoge al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación, bajo la modalidad de **Seminario de Graduación**, 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
Derby Muñoz Rojas, Lector
Shirley K. Vargas Chaves, Quinto miembro
Jaime Caravaca Morera, Preside

ARTICULO 1

El (la) Presidente informa que el expediente de **Cristian Alonso Núñez Castillo** 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 **Cristian Alonso Núñez Castillo**, hace la exposición oral de su trabajo final de graduación, titulado: **“Autoeficacia en las personas adultas trabajadoras con enfermedades cardiovasculares crónicas de la Universidad Nacional, en el 2019”**

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
18 de mayo 2020

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).

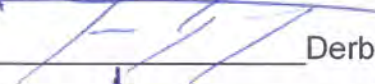
Se da lectura al acta, que firman los (las) Miembros del Tribunal y el (la) Postulante, a las **dieciocho** horas.




Ana Laura Solano López, Directora




Vivian Vilchez Barboza, Lectora




Derby Muñoz Rojas, Lector



Shirley K. Vargas Chaves, Quinto miembro



Jaime Caravaca Morera, Preside



Postulante

Cc Oficina de Registro
Expediente
Postulante





ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN

Sesión del Tribunal Examinador, celebrada el día **18 de mayo 2020**, con el objeto de recibir el informe oral del (la) estudiante **Valeria Ramírez Madrigal**, carné **B55740**, quien se acoge al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación, bajo la modalidad de **Seminario de Graduación**, para optar el grado de **Licenciada en Enfermería**.

Están presentes los (las) siguientes miembros del Tribunal:

Ana Laura Solano López, Directora
Vivian Vílchez Barboza, Lectora
Derby Muñoz Rojas, Lector
Shirley K. Vargas Chaves, Quinto miembro
Jaime Caravaca Morera, Preside

ARTICULO 1

El (la) Presidente informa que el expediente de **Valeria Ramírez Madrigal** 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 **Valeria Ramírez Madrigal**, hace la exposición oral de su trabajo final de graduación, titulado: **“Autoeficacia en las personas adultas trabajadoras con enfermedades cardiovasculares crónicas de la Universidad Nacional, en el 2019”**

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
18 de mayo 2020

ARTICULO 4

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

Aprobado con distinción

ARTICULO 5

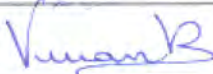
El (la) Presidente del Tribunal comunica al Postulante el resultado de la deliberación y lo (a) declara acreedor (a) al grado de **Licenciada en Enfermería**.

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 **dieciocho** horas.




Ana Laura Solano López, Directora



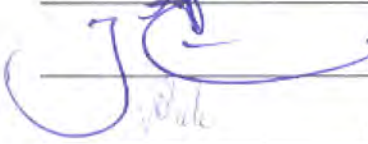
Vivian Vilchez Barboza, Lectora



Derby Muñoz Rojas, Lector



Shirley K. Vargas Chaves, Quinto miembro



Jaime Caravaca Morera, Preside



Postulante

Cc Oficina de Registro
Expediente
Postulante





ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN

Sesión del Tribunal Examinador, celebrada el día **18 de mayo 2020**, con el objeto de recibir el informe oral del (la) estudiante **Xinia Ariana Segura Naranjo**, carné **B36597**, quien se acoge al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación, bajo la modalidad de **Seminario de Graduación**, para optar el grado de **Licenciada en Enfermería**.

Están presentes los (las) siguientes miembros del Tribunal:

Ana Laura Solano López, Directora
Vivian Vílchez Barboza, Lectora
Derby Muñoz Rojas, Lector
Shirley K. Vargas Chaves, Quinto miembro
Jaime Caravaca Morera, Preside

ARTICULO 1

El (la) Presidente informa que el expediente de **Xinia Ariana Segura Naranjo** 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 **Xinia Ariana Segura Naranjo**, hace la exposición oral de su trabajo final de graduación, titulado: **“Autoeficacia en las personas adultas trabajadoras con enfermedades cardiovasculares crónicas de la Universidad Nacional, en el 2019”**

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
18 de mayo 2020

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 **dieciocho** horas.

Ana Laura Solano López, Directora

Vivian Vilchez Barboza, Lectora

Derby Muñoz Rojas, Lector

Shirley K. Vargas Chaves, Quinto miembro

Jaime Caravaca Morera, Preside

Postulante

Cc Oficina de Registro
Expediente
Postulante





ACTA DE PRESENTACIÓN DEL REQUISITO FINAL DE GRADUACIÓN

Sesión del Tribunal Examinador, celebrada el día **18 de mayo 2020**, con el objeto de recibir el informe oral del (la) estudiante **Juliana Valeria Zúñiga Lobo**, carné **B59080**, quien se acoge al Reglamento de Trabajos Finales de Graduación, bajo la modalidad de **Seminario de Graduación**, 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
Derby Muñoz Rojas, Lector
Shirley K. Vargas Chaves, Quinto miembro
Jaime Caravaca Morera, Preside

ARTICULO 1

El (la) Presidente informa que el expediente de **Juliana Valeria Zúñiga Lobo** 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 **Juliana Valeria Zúñiga Lobo**, hace la exposición oral de su trabajo final de graduación, titulado: **“Autoeficacia en las personas adultas trabajadoras con enfermedades cardiovasculares crónicas de la Universidad Nacional, en el 2019”**

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
18 de mayo 2020

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 **dieciocho** horas.




Ana Laura Solano López, Directora




Vivian Vílchez Barboza, Lectora



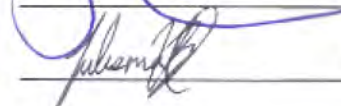
Derby Muñoz Rojas, Lector



Shirley K. Vargas Chaves, Quinto miembro



Jaime Caravaca Morera, Preside



Postulante

Cc Oficina de Registro
Expediente
Postulante



Dedicatoria

Para Dios, que sin él nada hubiera sido posible, quien me guió y protegió en cada paso que di. Para mis padres, la razón de todo, quienes incondicionalmente me apoyaron en todo momento, estuvieron junto a mí y nunca se rindieron, me transmitieron la fe, el amor, la esperanza y la fortaleza que muchas veces necesité. Para Jimmy, mi amigo y mi amor paciente e incondicional, mi apoyo y mi motor. Para Preciosa y Tayra, que me brindaron la paz y el amor más puro.

Para Ari, Cris, Eri, Juli y Vale, sin quienes esta experiencia no hubiera sido tan hermosa. Para mis profesoras y profesores, quienes me transmitieron tanto conocimiento y amor por la Enfermería. Finalmente, para la UCR, mi institución, que me brindó educación de calidad, las oportunidades y los recursos que me permitieron cumplir este sueño.

Jeniffer Morales Solís

Primeramente a Dios por estar conmigo desde el primer momento, al guiarme a elegir Enfermería como la profesión a la cual me quería dedicar, así como en cada curso, módulo y año de formación, en los que hubieron momentos difíciles y cruciales pero innegablemente pude ver su mano sosteniéndome en su infinito amor y misericordia, permitiéndome llegar hasta aquí; reconozco que este triunfo se lo debo a él.

A mi papá Yan y a mi mamá Isabel por todo el esfuerzo y sacrificio que han hecho a lo largo de mi vida, velando por mi bienestar y el de nuestra familia, para llevarme a ser la persona que ahora soy, son un gran ejemplo de entrega y dedicación. Les estoy muy agradecida porque en esta travesía siempre me han motivado a ser mejor, brindándome su apoyo, escucha, comprensión, amor incondicional y sobre todo por siempre orar por mí. Este triunfo también es de ustedes porque lo construimos juntos.

A mi hermana Keilyn por siempre estar presente apoyándome y motivándome y sobre todo por ser un ejemplo de esfuerzo, superación y excelencia profesional y personal.

A mis amigos y familiares por estar presentes con sus palabras de aliento, escucha y ayuda tanto a nivel académico, como a nivel personal, lo cual ha sido muy importante en todo este proceso.

A Ari, Cris, Jenny, Juli y Vale por todo el trabajo y esfuerzo en conjunto para realizar la presente investigación, por no ser solo compañeros sino también amigos, brindándonos apoyo, aliento y alegrarnos unos a otros, viendo lo positivo en los momentos difíciles y hacer de este proceso una aventura.

Y por último a la Universidad de Costa Rica y docentes de la carrera por brindarme una formación de calidad, permitiéndome adquirir conocimiento basado en evidencia, así como experiencias que me hicieron crecer personal y profesionalmente.

Eriam Navarrete Cano

No puedo iniciar este apartado sin agradecer a Dios por permitirme estar redactando estas palabras, por brindarme la vida, su guía, su ayuda y sus miles de manifestaciones de amor. Una simple página dirás quizás amigo lector, sin embargo para poder llegar a escribirla pasaron muchas situaciones, vivencias, personas y experiencias. El camino ha sido largo, quizás más de lo que pensé en un inicio, y aunque hubo momentos en los que creí que no llegaría, hoy finalmente está por concluir este camino educativo.

Gracias mami, por estar ahí siempre, por tu lucha, perseverancia, por enseñarme tantas cosas, este logro es por tí y para tí. Espero poder retribuir todo el trabajo y sacrificio que has realizado. Gracias pá, por tu esfuerzo, me has enseñado grandes cosas, el valor del trabajo y dedicación, sé que también has hecho sacrificios y te agradezco por quererme regalar un mejor futuro, por medio del estudio. A Lau, mi compañera de viaje y espero que de vida, estuviste en el inicio y estas aquí en el final, gracias por tu apoyo incondicional, por tu amor, por instarme a dar lo mejor de mí. A Steven, Ari y Mía, a mis abuelitos, mis tías, a mis amigos, gracias por su aporte durante todos estos años. Un consejo, un abrazo, una salida a comer pudieron ser de mucha ayuda durante los momentos difíciles. Muchísimas gracias a todos aquellos profesionales que estuvieron durante este proceso, pero principalmente a la profe Liz Arce, Beatriz, Ana Luisa, Kattia Medina, Ana Laura, Consuelo, Alcides y Paul, porque bajo su guía fui construyendo lo que soy hoy como profesional y como persona. Sus enseñanzas y consejos los llevaré por siempre.

Gracias a todas aquellas instituciones que me abrieron las puertas para poder aprender y mejorar como enfermero, al Hospital de la Mujer, Max Peralta, CENARE, México, San Rafael, Blanco Cervantes, Psiquiátrico Chapuí y Área Rectora de Salud de Goicoechea y a todas aquellas personas a las que pude conocer en estos sitios, profesionales, usuarios y familiares. Gracias infinitas a la UCR por permitirme convertir en un profesional. Y gracias Ari, Vale, Jennita, Eri y Juli, fue un placer trabajar con ustedes en este proceso investigativo. Tuvimos grandes momentos y es un orgullo ver el resultado.

Cristian Núñez Castillo

Primeramente dedico este triunfo a mi Dios, que me ha dado todo y me ha permitido llegar a este día con salud, asimismo ha puesto en mi camino a todas estas personas maravillosas que mencionaré, sin las cuales esto no hubiese sido posible.

Dedico este trabajo a mi familia, mi madre Eudeny, mi padre Orlando y mi hermano Jose, quienes han sido mi apoyo incondicional y que a pesar de que tuve que irme de casa para estudiar, siempre estuvieron pendientes de mí, de todas mis necesidades, rezando por mi bienestar a la distancia. Agradezco cada esfuerzo y sacrificio de su parte, sé que fueron muchos y agradezco a Dios por haberme cumplido el deseo de llegar a este día tomada de sus manos. A todos mis familiares y personas cercanas que de una u otra forma me han brindado su apoyo, con detalles tan valiosos como una oración, un mensaje de motivación o incluso un saludo amoroso. Los amo.

Dedico también este trabajo a mi novio y mejor amigo Christopher, quien desde el colegio ha estado incondicionalmente a mi lado, siempre creyendo tanto en mí, motivándome a seguir adelante, ayudándome a levantarme cada vez que se me presentaban obstáculos y festejando a mi lado cada objetivo alcanzado. Te Amo. De igual forma, a mis dos amigas y compañeras de apartamento, que además se convirtieron en mi segunda familia, Kimberly y Marihangela, quienes hicieron que cada día fuera menos difícil estar lejos de casa, con sus sonrisas, su cariño, su apoyo en momentos de crisis, con cada conversación, comida y café compartidos.

A mis compañeros de trabajo, quienes también son mis amigos, Jeni, Juli, Eri, Ari y Cris; con quienes disfruté cada momento, porque ellos hacían que hasta en las peores circunstancias hubiesen sonrisas, el esfuerzo y sacrificio de cada uno fue enorme y agradezco haber pertenecido a este maravilloso grupo, sé que serán excelentes profesionales porque ya son excelentes personas, sin duda harán de este mundo un lugar mejor. Finalmente, a la Dr. Ana Laura Solano, quién nos guió y apoyó en todo este proceso, siendo un gran ejemplo para nosotros y a quien tengo mucha admiración.

Valeria Ramírez Madrigal

Dedico este trabajo final de graduación a las personas que son y fueron mi apoyo durante todo este proceso, primeramente a Dios por guiarme y enseñarme a luchar por lo que quiero, por darme tanto amor y apoyo, por ser mi todo, el me levantó cada vez que me caí, me dio y sigue dando fuerzas para seguir adelante y lograr mis sueños.

A mi mamá Xinia Naranjo, le doy gracias por tanto amor y ser mi mayor apoyo en todo este proceso de formación y en mi vida, porque gracias a ti estoy logrando esta meta, este triunfo es de ambas, gracias por enseñarme a ser valiente y luchadora como tú, te amo hasta el infinito y más allá, eres mi mayor motivación. Agradezco de manera infinita a un ser que me demostró el amor más puro, la fuerza y valentía, siendo un ángel que vino a cuidarme y acompañarme mi perrita mi Violet, este te amo va hasta el cielo.

A mi papá Rafael Segura quien cada mañana se levanto temprano durante todos estos años para llevarme a la Universidad y a cada lugar de práctica, la mayoría del tiempo fuimos motorizados, gracias por ser un gran apoyo en todo este camino, te amo.

A mi esposo Fernando García a quien le doy gracias por estar conmigo dándome ánimo, por ayudarme a ser fuerte en cada obstáculo, por ser mi apoyo en los últimos años, gracias por tu amor, te amo. Gracias a mi familia, a los y las que siempre estuvieron pendientes de mi, estuvieron motivándome y me acompañaron en momentos importantes en todo este proceso.

También lo dedico a la Enfermería, por enseñarme a cuidar con amor, por haberme dado la oportunidad de ser parte de este mundo tan bonito, de cuidado, innovación, arte, educación, investigación, ciencia, entre muchas otras, Dios sabe porque me puso en esta profesión y quiero aportar en todo lo que me sea posible. Agradezco a mis compañeros (as), Eri, Jeni, Cris, Vale y Juli, que fueron mi segunda familia estos últimos años, juntos logramos esto tan bonito, estoy muy orgullosa de nosotros, Dios nos bendice.

Ariana Segura Naranjo

A Dios por ser mi guía y sostén en todo aquello que he decidido emprender, por enseñarme que todo tiene un propósito y un tiempo.

A mi mamá Ligia Mayela Lobo Ramírez y a mi papá José Joaquín Zúñiga Campos por acompañarme en todas las instancias de mi vida, por el apoyo, el amor y la educación que me han dado, esto es para ustedes.

A mi familia por ser un pilar fundamental en mi vida.

A la Universidad de Costa Rica por permitirme vivir una hermosa experiencia profesional y personal.

A todas aquellas personas que conforman la Escuela de Enfermería por todo el apoyo y por todas las enseñanzas, los llevo en mi corazón.

A la profesora Ana Laura Solano López por ser una guía y un gran apoyo durante la carrera.

A mis amigos y amigas, gracias por estar siempre.

A mis compañeras y compañero de trabajo final de graduación a quienes tengo la dicha de llamar amigas y amigo. Los amo y les deseo muchísimos éxitos.

Juliana Zuñiga Lobo

Agradecimientos

Inicialmente deseamos brindar nuestro agradecimiento infinito a Dios, por darnos la oportunidad de iniciar y finalizar este proceso investigativo y educativo. A Él que nos permitió unir nuestros caminos para poder hoy finalmente plasmar el trabajo de muchos días y noches. A nuestras familias por ser nuestro motor de vida, nuestro principal apoyo, por brindarnos su ayuda en cada momento. A nuestros amigos, compañeros, seres queridos y a cada una de esas personas que hizo posible este seminario. A la profesora Ana Laura por su guía y acompañamiento durante todos estos meses de trabajo. A la Universidad Nacional por abrirnos sus puertas y permitirnos trabajar en ella y a todos aquellos funcionarios y funcionarias que nos ayudaron y que participaron en nuestras actividades. Finalmente a nuestra amada institución, a la Universidad de Costa Rica por forjarnos como profesionales, por brindarnos las herramientas para salir al mundo y sentirnos orgullosos de llevar su escudo en nuestro pecho.

Cristian, Valeria, Ariana, Juliana, Eriam y Jeniffer

Resumen

Introducción: Las enfermedades cardiovasculares crónicas causan millones de muertes cada año a nivel mundial. En Costa Rica estas enfermedades son las principales causas de morbilidad, afectando a gran parte de la población, entre ellas a las y los trabajadores. Una herramienta cognitiva que podría influir en la adopción de comportamientos de salud es la autoeficacia, considerada como los juicios que poseen las personas con relación a sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento. Existe aún un vacío en el conocimiento nacional acerca del nivel de autoeficacia en personas trabajadoras con enfermedad cardiovascular crónica.

Objetivo: Analizar la autoeficacia en las personas adultas trabajadoras con enfermedades cardiovasculares crónicas de la Universidad Nacional (UNA) mediante el uso de teorías y marcos conceptuales de autogestión (Lorig) y autoeficacia (Bandura).

Metodología: La modalidad utilizada fue seminario de graduación y se dividió en dos fases, una investigativa y otra reflexiva. La fase investigativa posee un diseño cuantitativo descriptivo y transversal, la muestra consistió en 69 personas funcionarios(as) de la UNA. Para la recolección de datos se utilizó la Escala de Autoeficacia para Personas con Enfermedades Crónicas (4 y 6 ítems) y un cuestionario de datos sociodemográficos. El análisis de los datos fue de tipo estadístico descriptivo. Para la fase reflexiva se realizaron un taller con el grupo de personas con enfermedades crónicas UNA y dos foros con el Departamento de Salud UNA y doctores académicos UCR.

Resultados: La muestra en su mayoría fueron mujeres con un rango de edad de 50-59 años y con diagnóstico principalmente de hipertensión arterial, diabetes y dislipidemias. La autoeficacia para el manejo de las enfermedades crónicas obtuvo un promedio de 7,68 y 7,62 (del 1 al 10) en la escala de 6 y 4 ítems respectivamente. Las puntuaciones a los ítems individuales van desde 7.4 para la autoeficacia de evitar que otros síntomas o problemas de salud interfieran con lo que quiere hacer y 7.9 para hacer cosas (distintas a solo tomar medicamentos)

para reducir el efecto de su enfermedad en su vida. Las mujeres obtuvieron la autoeficacia más elevada, mientras el rango de edad con mayor nivel de autoeficacia correspondió a 30-39 años.

Discusión: Los resultados de este seminario concuerdan con otros estudios en personas con enfermedades crónicas en que esta población pareciera tener niveles altos de autoeficacia para el manejo de su condición. Las principales variaciones se observaron a nivel de sexo lo que podría estar condicionado a roles sociales. Además se denota que la autoeficacia puede ser percibida distintamente por la persona según distintas áreas del manejo de la enfermedad y el grupo etario en el que se encuentra.

Conclusiones: El nivel de autoeficacia de las personas adultas trabajadoras con enfermedades cardiovasculares crónicas de la Universidad Nacional es alta, presentando las mujeres ligeramente mayores niveles de autoeficacia que los hombres en las dimensiones valoradas. La autoeficacia, según diversas teorías, puede ser un determinante importante para la adopción de comportamientos de salud, los cuales son multicausales, por lo que se requiere un mayor estudio para su comprensión.

Abstract

Introduction: Chronic cardiovascular diseases cause millions of deaths each year globally. In Costa Rica these diseases are main causes of morbidity and mortality, affecting large populations, including workers. A cognitive tool that could be influencing the adoption of health behaviors is self-efficacy, defined as the judgments people have regarding their abilities to achieve certain levels of performance. There is still a lack of knowledge, at the national level, about self-efficacy in workers with chronic cardiovascular disease.

Objective: To analyze self-efficacy in working adults with chronic cardiovascular diseases from the National University (UNA), through the use of

theoretical and conceptual frameworks of self-management (Lorig) and self-efficacy (Bandura).

Methodology: The modality used was graduation seminary, it was divided into two phases: research and reflective phases. The research phase has a descriptive and cross-sectional quantitative design and a sample of 69 UNA staff. The Self-Efficacy Scale for People with Chronic Diseases (4 and 6 items) and a sociodemographic data questionnaire were used for data collection. The analysis of the data was descriptive statistical type. For the reflective phase, a workshop was held with a group of people with chronic diseases at UNA and two forums with the UNA Department of Health and UCR academic doctors.

Results: The sample was mostly women with an age range of 50-59 years old and with diagnosis of hypertension, diabetes and dyslipidemias. Self-efficacy for the management of chronic diseases scores averaged 7.68 and 7.62 (from 1 to 10) on the 6 and 4 items scales respectively. Scores to individual items ranged from 7.4 for self-efficacy to prevent other symptoms or health problems from interfering with what they want to do and 7.9 to do things (other than just taking medications) to reduce the effect of illness on their life. Women gained had the highest self-efficacy, while the age range with the highest level of self-efficacy corresponded to 30-39 years old.

Discussion: The results of this seminar are consistent with other studies in people with chronic diseases in which this population appears to have high levels of self-efficacy for the management of their condition. The main variations were observed between sexes, this could be conditioned on social roles. It is also noted that self-efficacy may be perceived differently by the person according to the different disease management areas and the age group in which the person was.

Conclusions: The level of self-efficacy in working adults with chronic cardiovascular diseases of the National University is high, women having slightly higher levels of self-efficacy than men in the measured dimensions. Self-efficacy, according to various theories, can be an important determinant for the adoption of health behaviors, which are multi-causal, so further study is required for their understanding.

Tabla de Contenido

Capítulo I.....	1
1.1. Introducción	1
1.2. Antecedentes	3
1.2.1. Internacionales	3
Resumen: Antecedentes Internacionales.....	14
1.2.2. Nacionales	17
Resumen: Antecedentes Nacionales	19
1.3. Justificación.....	21
1.4. Pregunta de Investigación	32
1.5. Objetivos	32
1.5.1. Objetivo general	32
1.5.2. Objetivos específicos.....	32
Capítulo II	34
2. Marco Teórico-Conceptual	34
2.1. Enfermedades Crónicas.....	35
2.2. Enfermedades Cardiovasculares	36
2.3. Autocuidado y autogestión.....	41
2.4. Autoeficacia	46
2.5. Salud Laboral	53
Resumen.....	56
Capítulo III.....	59
3. Marco Metodológico	59
3.1. Modalidad	59
3.2. Fase Investigativa.....	60
3.2.1. Diseño de la investigación.....	62
3.2.2. Población y muestra	62
3.2.3. Criterios de elegibilidad	63
3.2.4. Estrategias de reclutamiento y selección de la muestra.....	64

3.2.5. Instrumentos y técnicas	69
3.2.5.1. Escala de Autoeficacia para el Manejo de Enfermedades Crónicas.....	69
3.2.5.2. Variables.....	71
3.2.5.2. Análisis de datos.....	75
3.3. Fase reflexiva	76
3.3.1. Taller.....	76
3.3.2. Foro presencial	79
3.4. Consideraciones éticas	82
Capítulo IV.....	87
4.1. Resultados	87
4.1.1. Resultados fase investigativa.....	87
4.1.2. Características sociodemográficas.....	89
4.1.3. Escala de autoeficacia.....	92
4.2. Resultados de la fase reflexiva.....	110
Capítulo V.....	119
5.1. Discusión.....	119
5.1.1. Datos sociodemográficos.....	119
5.1.1.1. Enfermedades cardiovasculares crónicas	119
5.1.1.2. Sexo	124
5.1.1.3. Estado civil	126
5.1.1.4. Edad.....	128
5.1.1.5. Nivel de escolaridad	130
5.1.1.6. Principal sostén económico familiar	133
5.1.1.7. Información laboral	134
5.1.1.8. Antecedentes de salud	138
5.1.2. Escala de Autoeficacia	144
5.1.2.1. Autoeficacia para evitar que la fatiga o cansancio debido a la enfermedad interfiera con las cosas que quiere hacer	150
5.1.2.2. Autoeficacia para poder evitar que las dolencias debido a la enfermedad interfieran con las cosas que quiere hacer	155

5.1.2.3. Autoeficacia para evitar que el estado emocional debido a la enfermedad interfiera con las cosas que quiere hacer.....	161
5.1.2.4. Autoeficacia para evitar que algunos otros síntomas o problemas de salud que tiene interfieran con las cosas que quiere hacer	166
5.1.2.5. Autoeficacia para realizar actividades o tareas necesarias para manejar la condición de salud a fin de reducir la necesidad de acudir al centro de salud.....	169
5.1.2.6. Autoeficacia para que pueda hacer cosas (distintas a solo tomar medicamentos) para reducir el efecto de la enfermedad en la vida diaria.....	173
5.2. Limitaciones.....	179
5.2.1. Revisión bibliográfica	179
5.2.2. Recolección de datos	179
5.2.3. Actividades	181
5.3. Conclusiones	182
5.4. Recomendaciones.....	183
Referencias bibliográficas.....	187
Anexos	212
Anexo 1	212
Anexo 2	214
Anexo 3	219
Anexo 4.....	253
Anexo 5	276
Anexo 6.....	280
Anexo 7.....	282
Anexo 8.....	283

Índice de Figuras

Figura 1.	
<i>Diagrama de reclutamiento</i>	68

Índice de tabla

Tabla 1	
<i>Variables</i>	72
Tabla 2	
<i>Funciones de los y las miembros</i>	81
Tabla 3	
<i>Distribución de funciones</i>	82
Tabla 4	
<i>Cantidad de usuarios según enfermedad(es) principal(es)</i>	88
Tabla 5	
<i>Distribución de participantes según datos sociodemográficos</i>	90
Tabla 6	
<i>Distribución de participantes según información laboral</i>	91
Tabla 7	
<i>Distribución de participantes según antecedentes de salud</i>	92

Tabla 8

<i>Resultados Escala de Autoeficacia</i>	93
--	----

Índice de gráficos

Gráfico 1

<i>Promedio de nivel de autoeficacia (para la escala de 6 ítem) para el manejo de enfermedades crónicas en los trabajadores de la UNA con enfermedad cardiovascular crónicas según sexo, 2019</i>	94
---	----

Gráfico 2

<i>Promedio de nivel de autoeficacia (para la escala de 4 ítem) para el manejo de enfermedades crónicas en los trabajadores de la UNA con enfermedad cardiovascular crónicas según sexo, 2019</i>	95
---	----

Gráfico 3

<i>Nivel de autoeficacia promedio de las personas trabajadoras de la UNA con enfermedad cardiovascular crónica según rango de edad</i>	96
--	----

Gráfico 4

<i>Cantidad de personas trabajadoras de la UNA con enfermedad cardiovascular crónica según respuesta al nivel de autoeficacia para la pregunta 1 de la encuesta, 2019</i>	97
---	----

Gráfico 5

<i>Promedio de nivel de autoeficacia en el manejo de enfermedades crónicas para la pregunta 1 en los trabajadores de la UNA con enfermedad cardiovascular crónica según sexo, 2019</i>	98
--	----

Gráfico 6

Cantidad de personas trabajadoras de la UNA con enfermedad cardiovascular crónica según respuesta al nivel de autoeficacia para la pregunta 2 de la encuesta, 2019.....99

Gráfico 7

Promedio de nivel de autoeficacia en el manejo de enfermedades crónicas para la pregunta 2 en los trabajadores de la UNA con enfermedad cardiovascular crónica según sexo, 2019..... 100

Gráfico 8

Cantidad de personas trabajadoras de la UNA con enfermedad cardiovascular crónica según respuesta al nivel de autoeficacia para la pregunta 3 de la encuesta, 2019.....101

Gráfico 9

Promedio de nivel de autoeficacia en el manejo de enfermedades crónicas para la pregunta 3 en los trabajadores de la UNA con enfermedad cardiovascular crónica según sexo, 2019..... 102

Gráfico 10

Cantidad de personas trabajadoras de la UNA con enfermedad cardiovascular crónica según respuesta al nivel de autoeficacia para la pregunta 4 de la encuesta, 2019..... 103

Gráfico 11

Promedio de nivel de autoeficacia en el manejo de enfermedades crónicas para la pregunta 4 en los trabajadores de la UNA con enfermedad cardiovascular crónica según sexo, 2019..... 105

Gráfico 12

Cantidad de personas trabajadoras de la UNA con enfermedad cardiovascular crónica según respuesta al nivel de autoeficacia para la pregunta 5 de la encuesta, 2019..... 106

Gráfico 13

Promedio de nivel de autoeficacia en el manejo de enfermedades crónicas para la pregunta 5 en los trabajadores de la UNA con enfermedad cardiovascular crónica según sexo, 2019..... 107

Gráfico 14

Cantidad de personas trabajadoras de la UNA con enfermedad cardiovascular crónica según respuesta al nivel de autoeficacia para la pregunta 6 de la encuesta, 2019..... 108

Gráfico 15

Promedio de nivel de autoeficacia en el manejo de enfermedades crónicas para la pregunta 6 en los trabajadores de la UNA con enfermedad cardiovascular crónica según sexo, 2019..... 109

Capítulo I

1.1. Introducción

Hablar de enfermedades crónicas es referirse a un grupo de diversas enfermedades que al presentarse acompañarán a la persona durante largo tiempo (algunas hasta el final de su vida), por lo general son de un desarrollo lento y traen consigo una serie de cambios en el desarrollo y accionar de las personas¹. De este grupo de padecimientos se extraen las de origen cardiovascular, que son causantes de miles de muertes cada año alrededor del mundo, siendo la causa principal de defunción por enfermedades no transmisibles en 2012 y responsables de 17,5 millones de fallecimientos, de ellos 7,4 millones se debieron a ataques cardíacos (cardiopatía isquémica) y 6,7 millones a accidentes cerebrovasculares².

El tratamiento de las enfermedades cardiovasculares crónicas le cuesta millones a los sistemas de salud³. En países como Argentina, Brasil, México y Colombia entre el 2006-2015, se calculó que la pérdida acumulativa del PIB causada por las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares y la diabetes fue de 13.540 millones de dólares en estos cuatro países de la región y en Costa Rica, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) realizó en el 2016 una inversión de \$245.350 millones (alrededor de 43 millones de dólares) en la atención de pacientes con enfermedades cardiovasculares; su padecimiento trae consigo múltiples retos y complicaciones a las personas⁴.

Poseer herramientas que ayuden a las personas a sobrellevar estas enfermedades cardiovasculares crónicas es de vital importancia para quienes las

padecen. Una de estas herramientas cognitivas que podría influir en la adopción de comportamientos de salud es la autoeficacia, la cual hace referencia a los juicios que poseen las personas con relación a sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento ⁵.

Una autoeficacia positiva llevará a las personas a ser capaces de plantearse mejores objetivos de salud, mayor resiliencia, y sobrellevar de mejor manera la vida ⁵, aun cuando se padezca de una enfermedad cardiovascular. Esto permitirá a su vez facilitar la autogestión de la enfermedad para conocer y entender cómo llevar una vida satisfactoria con ella. Esto abarca todos los entornos de la vida de la persona, entre ellos el trabajo. Se hace énfasis al trabajo ya que es parte fundamental del ser humano, las personas pasan casi la mitad del día en el mismo y se vuelve parte de su proyecto de vida y realización personal.

Por lo tanto este seminario tiene como objetivo analizar los niveles de autoeficacia para el manejo de las enfermedades crónicas en personas trabajadoras que tienen riesgo cardiovascular, buscando enlazar conceptos de autocuidado, autogestión y autoeficacia, siendo este último la base del desarrollo del estudio realizado. Esto se llevará a cabo por medio de una fase investigativa cuantitativa y una fase reflexiva.

Los resultados de este seminario servirán para obtener un diagnóstico de este factor importante, con el fin de mejorar la salud de los individuos a través del mejoramiento de su autocuidado, autogestión y principalmente autoeficacia.

1.2. Antecedentes

Sin pretender la exhaustividad se presenta a continuación una serie de investigaciones relacionadas con la temática de autoeficacia, autogestión, trabajo y su relación con enfermedades cardiovasculares, con la finalidad de servir de punto de partida para el presente estudio, indagar qué tanto se ha investigado y conocer las diferentes conclusiones a las que han llegado. Cabe destacar que gran cantidad de estudios encontrados son del área de Sudamérica y España, por otra parte, se incluyen publicaciones elaboradas a nivel nacional.

En primera instancia se hace referencia a los estudios internacionales presentados de forma cronológica, posteriormente se muestran los nacionales.

1.2.1. Internacionales

Carpi et al⁶ realizaron en el 2010 una investigación en Bogotá, Colombia a la que llamaron “*Autoeficacia y percepción de control en la prevención de la enfermedad cardiovascular*”. El objetivo de este trabajo fue analizar desde la Teoría de Acción Planeada (TAP) si la autoeficacia y la percepción de control presentan diferencias predictivas sobre la intención y las conductas preventivas de la enfermedad cardiovascular, las conductas estudiadas en este trabajo fueron: reducción del consumo de grasas, reducción del consumo de tabaco, realización de ejercicio físico y disminución de los niveles de estrés⁶. Este fue un estudio descriptivo, con una muestra compuesta por 359 sujetos y fue realizado mediante un diseño transversal⁶. Los resultados mostraron que la autoeficacia influye positiva y significativamente sobre la intención y sobre la conducta, mientras que

la percepción de control influye negativa y significativamente sobre la intención de conducta, pero no sobre la conducta preventiva⁶.

La investigación demostró la conveniencia de distinguir entre autoeficacia y percepción de control según la TAP en la prevención de conductas de salud cardiovascular⁶. Las conclusiones a las que llegaron son que la autoeficacia es el mejor predictor de la intención y de la conducta en las personas y que cuando las personas se sienten capaces de realizar una acción tendrán una mayor intención de realizarla en un futuro próximo⁶. Además, se concluyó que la realización de conductas preventivas y de promoción de salud dependen no sólo de características individuales, sino también de factores culturales y sociopolíticos, siendo necesario tenerlos en cuenta para comprender las dificultades encontradas en la ejecución de los cambios de hábitos, que permitan promover la salud en general y en particular la cardiovascular⁶.

En relación con lo anterior Abreu Sánchez ⁷ presenta su tesis doctoral, titulada “*Calidad de vida, apoyo social y autoeficacia en personas con infarto agudo de miocardio en un área sanitaria de la provincia de Huelva*”, en el año 2012, en España, Huelva. Es un diseño descriptivo cuyo objetivo fue la calidad de vida en un grupo de pacientes supervivientes a un infarto agudo de miocardio pertenecientes a un área sanitaria de la provincia de Huelva⁷. A partir de una muestra de 108 pacientes de la Unidad de Cuidados Intensivos, que fueron diagnosticados de un primer infarto agudo de miocardio, se analizó la evolución

de la calidad de vida de dichos pacientes desde los seis meses del episodio coronario hasta transcurridos siete años y medio después del mismo⁷.

Como resultado principal se obtuvo que las áreas de calidad de vida que se vieron más afectadas fueron, tiempo de ocio, trabajo, salud, comportamiento emocional y discretamente empeoró el área de movilidad, además se evidencia que al mejorar la autoeficacia mejoraba la calidad de vida percibida y las áreas de calidad vida, específicamente en proyectos futuros y relaciones sociales⁷. Se concluye que se deben proponer alternativas o sugerencias de intervención, de atención y de cuidados a pacientes con la patología mencionada⁷.

Por otro lado, Rojas⁸ realizó una tesis de grado con el título “*Nivel de Autoeficacia de los Empleados de la Confederación Deportiva Autónoma de Guatemala*”, publicado en el año 2014, en Guatemala. Esta tesis tuvo como objetivo general establecer el nivel de autoeficacia de los empleados administrativos de la Confederación Deportiva Autónoma de Guatemala (CDAG) y contó con un diseño descriptivo⁸. Se aplicó la escala General de Autoeficacia de Baessler y Schwarzer (1996) a 30 empleados administrativos de CDAG, de ambos sexos, de 3 niveles de escolaridad, entre ellos: diversificado, universitario y postgrado; de los cuales 15 practicaban deporte y 15 no⁸. Como resultado se obtuvo que el nivel de autoeficacia percibido de los empleados administrativos de CDAG es alta, como también el nivel percibido por aquellos que practican deporte y aquellos que no⁸. Además, los datos indicaron que los hombres tienen un nivel más alto de autoeficacia que las mujeres y entre mayor es el grado de

escolaridad, más alta es la autoeficacia⁸. Como conclusión, se recomienda seguir incentivando a las y los empleados administrativos con programas motivacionales, dinámicas de grupo, promover el desarrollo académico y las promociones internas y de esta manera aprovechar el alto nivel de autoeficacia que han demostrado sus empleados⁸.

Medina⁹ en el año 2015 publicó una investigación titulada “*Autoeficacia en pacientes post-infarto agudo de miocardio en una IPS especializada en Girardot*” realizada en Bogotá, Colombia; esta tenía como objetivo general determinar los niveles de autoeficacia en pacientes con post-infarto agudo de miocardio. La investigación se llevó a cabo mediante un abordaje cuantitativo de diseño descriptivo, contaba con una muestra de 149 personas (69 hombres y 80 mujeres) en edades entre los 35 a 65 años, captados del servicio ambulatorio de cardiología⁹. La valoración de los niveles de eficacia se realizó a partir de la Escala General de Autoeficacia en su versión en español, conformada por 10 ítems, y cuya calificación iba desde un nivel mínimo de autoeficacia de 10 puntos a un máximo de 40 puntos, la puntuación promedio de la autoeficacia general en el estudio fue de 30,54⁹. Se observó además, que la edad no influye en la autoeficacia de la persona, los niveles de autoeficacia en mujeres son más bajos que en los hombres, la autoeficacia en las y los pacientes no rehabilitados es más alta que en pacientes rehabilitados, esto debido al aprendizaje adquirido de la experiencia vicaria⁹.

Se concluye que la baja autoeficacia cardíaca es un indicador que sirve para predecir un mayor riesgo de insuficiencia cardíaca y hospitalización⁹. También se destaca que la disciplina de enfermería debe manejar el concepto de la autoeficacia con el fin de fortalecer el conocimiento derivado de la teoría de enfermería, propiciar, iniciar y mantener las buenas conductas de salud que se encuentran reguladas por el pensamiento reflexivo y de esta manera realizar acciones que permitan ayudar a los y las pacientes a cumplir las metas establecidas para fomentar el cuidado de la salud cardiovascular⁹.

Pereyra et al¹⁰ realizaron un estudio titulado “*Síndrome coronario agudo y autoeficacia para el afrontamiento del estrés en pacientes varones*”, publicado durante el 2015 en Buenos Aires, Argentina. Este es un estudio de casos y controles que tenía como objetivo general comparar los niveles de autoeficacia para el afrontamiento del estrés entre un grupo de pacientes varones con síndrome coronario agudo y un grupo de varones sin patología coronaria, ambos con similares características sociodemográficas¹⁰. La muestra fue de 213 sujetos (106 con diagnóstico de síndrome coronario agudo y 107 sin dicho diagnóstico) en edades comprendidas entre 45 y 75 años¹⁰. Se utilizó la Escala de Autoeficacia para el Afrontamiento del Estrés¹⁰.

El estudio dio como resultado que las personas que presentan síndrome coronario agudo tienen niveles de autoeficacia más bajos para el afrontamiento del estrés en comparación con quienes no lo padecen, debido a que presentan déficit en la autopercepción en sus recursos para manejar las situaciones

estresantes de forma eficaz¹⁰. Lo anterior evidenció que las personas que presentan baja autoeficacia, perciben las diferentes actividades a afrontar como más demandantes y en contraparte las personas con alta autoeficacia percibida tienen más probabilidad de realizar cuidados preventivos, iniciar tratamientos tempranos y tener una visión optimista¹⁰.

Se concluye que el conocimiento de los niveles de autoeficacia para el afrontamiento del estrés del paciente, permite trabajar con los y las pacientes una mayor adherencia terapéutica, favoreciendo así a la recuperación y prevención de futuros eventos¹⁰.

Por su parte, Bernabé et al ¹¹ en su escrito denominado *“La autoeficacia y su relación con la salud psicosocial ocupacional en médicos de urgencias hospitalarias”* publicado en el 2017, se plantean como objetivo evaluar el papel de la autoeficacia como recurso personal en la salud laboral de médicos miembros de los servicios de emergencias y urgencias sanitarias de los ocho hospitales públicos de la provincia de Alicante. Además, se analizó la relación de la autoeficacia con dos variables centrales: el burnout (agotamiento-cinismo) y el engagement (vigor y dedicación), ambas son consideradas por los autores como potenciadoras de la calidad de vida laboral y organizacional¹¹. El estudio se llevó a cabo con la participación voluntaria de 117 personas con un promedio de edad de 40-45 años, también se detallan características como el género, estado civil o de convivencia, tiempo de trabajo y la estabilidad laboral¹¹. Los instrumentos utilizados fueron la Escala de Autoeficacia General, propuesta por Baessler y

Schwarzer en el año 1996, y la Escala de Agotamiento Emocional y Cinismo que es parte del Maslach Burnout Inventory General Survey en el año 1996¹¹. Los resultados del estudio indican que cuanto mayor es la creencia en la propia capacidad para afrontar una situación adversa (autoeficacia), menores son los síntomas de agotamiento emocional y cinismo; asimismo, en cuanto más confíe un profesional en su capacidad para desempeñar sus funciones personales y laborales (autoeficacia) mayores son sus sentimientos de vigor y dedicación en el trabajo¹¹.

Del mismo modo, Calderón et al¹² en su artículo *“La autoeficacia como mediador entre el estrés laboral y el bienestar”* divulgado en el año 2017 y realizado en México, muestran teóricamente, la influencia que puede tener la autoeficacia en el estrés laboral y en el bienestar de las personas trabajadoras. Los autores explican cómo el estrés causado por largas jornadas laborales, bajo salario, clima organizacional entre otros, lleva a un bajo rendimiento, problemas en su salud y familiares¹². Es aquí donde el papel de la autoeficacia se vuelve fundamental como una herramienta que posibilite a las personas trabajadoras mejorar su afrontamiento ante las condiciones estresantes de la vida, como lo es el empleo¹².

Concluyen que las personas trabajadoras con una alta autoeficacia podrían sentirse más felices con su trabajo, ya que poseen pensamientos más positivos y mayor seguridad que puede conllevar con mayor probabilidad, a que obtengan mejores resultados en sus labores¹². Se rescata entonces, el empleo de ciertas

estrategias para así aumentar el nivel de autoeficacia de las personas trabajadoras en los ámbitos laborales, y vigilar que las organizaciones busquen siempre ese bienestar en cada una de las personas que las integran, logrando así mejorar su productividad¹².

Otra investigación importante para el desarrollo de nuestro tema es la realizada por Cadena y González¹³ en su artículo titulado *“El cuidado de enfermería en pacientes con riesgo cardiovascular sustentado en la teoría de Nola J. Pender”*, en el año 2017 en México. El objetivo fue elaborar una propuesta de aplicación de cuidado de enfermería a los y las pacientes con riesgo cardiovascular sustentado en el Modelo de Promoción de la Salud (MPS) de Nola J. Pender¹³. Llevaron a cabo una propuesta que se basó en la evidencia de la teoría y el MPS de Nola J. Pender, en la misma plantean el cuidado de las personas, donde el profesional de enfermería: 1) determine basalmente la autoeficacia percibida, la percepción de su salud, los factores de riesgo, el perfil de estilos de vida saludable y los factores personales; 2) intervenga con un curso de educación con la participación de un “paciente modelo” y seguimiento domiciliario con talleres y herramientas escritas; 3) evalúe el efecto de la intervención; y 4) dar seguimiento con las tecnologías de la información y comunicación¹³. Finalmente, concluyen que el cuidado de enfermería del paciente con riesgo cardiovascular basado en el MPS, utilizando tecnologías de la información y comunicación, puede influir en los factores cognitivos-perceptuales, las barreras de acción, los beneficios percibidos, los afectos, la competencia y sobre todo en la autoeficacia percibida, modificando de forma activa, vicaria, persuasiva o afectiva su conducta de riesgo¹³. Además, es

fundamental considerar los factores personales, interpersonales, situacionales y la conducta previa en las intervenciones educativas de enfermería¹³.

Mills et al ¹⁴ en su trabajo ‘Work it out’: Evaluation of a chronic condition self-management program for urban Aboriginal and Torres Strait Islander people, with or at risk of cardiovascular disease, llevado a cabo en Australia, evaluó el programa Work It Out por su efecto en las medidas de resultados clínicos en participantes aborígenes urbanos e isleños del Estrecho de Torres con enfermedad cardiovascular o con factores de riesgos. Se valoró los cambios a corto plazo en las medidas de resultados clínicos durante (aproximadamente) 12 semanas, se evaluaron con un diseño cuasi-experimental, previo a la prueba, utilizando pruebas t pareadas¹⁴. Los factores que contribuyen a los cambios positivos fueron probados utilizando modelos lineales generales¹⁴. Las medidas de resultado incluyeron presión arterial (mmHg), peso (kg), índice de masa corporal (kg/m²), circunferencia de cintura y cadera (cm), relación cintura a cadera (cm de cintura/cm de cadera) y prueba de caminata de seis minutos (6MWT)¹⁴.

Durante el estudio se detectaron cambios en varias medidas de resultados clínicos en el grupo. La distancia de 6MWT del participante mejoró en un promedio de 0,053 km (IC del 95%: 0,01–0,07 km)¹⁴. El cambio en la distancia recorrida fue influenciado por la cantidad de condiciones de bienestar social y emocional que presentaron los y las participantes¹⁴. El peso en las personas clasificadas con obesidad extrema disminuyó en promedio en 1.6 kg (IC del 95%: 0.1 a 3.0 kg). Los y las participantes con presión arterial sistólica alta basal

demonstraron una disminución media de 11 mmHg (IC del 95%: 3.2–18.8 mmHg)¹⁴.

Por lo que llegaron a la conclusión, que las mejoras a corto plazo observadas en algunas medidas podrían indicar una tendencia a mejorar en otros indicadores a largo plazo¹⁴. Y que estos resultados sugieren que el programa Work It Out podría ser un modelo útil para la rehabilitación y prevención cardiovascular en otras poblaciones urbanas aborígenes e isleñas del Estrecho de Torres¹⁴.

Éste estudio refleja que un programa basado en autogestión y autoeficacia puede traer consigo resultados y beneficios para las personas que padecen una enfermedad cardiovascular¹⁴. Ya que en un período corto de tiempo se pueden observar resultados y beneficios, además estos podrían aumentar si se mantienen durante un período mayor¹⁴.

De igual forma, Gutiérrez y Gómez¹⁵, en su artículo llamado “*Agencia de autocuidado y autoeficacia percibida en personas con cardiopatías isquémicas*”, publicado en el año 2018, en Colombia, investigan sobre la relación existente entre la capacidad de agencia de autocuidado y la autoeficacia percibida en personas con cardiopatía isquémica que asisten al programa de rehabilitación cardíaca, en una clínica privada de la ciudad de Neiva. Este trabajo consiste en un estudio correlacional transversal basado en la teoría de déficit de autocuidado de Orem y la teoría de mediano rango de enfermería de autoeficacia de Resnick¹⁵. Los instrumentos aplicados a una muestra de 61 personas fueron: la escala de

apreciación de agencia de autocuidado, segunda versión en español, y la escala de autoeficacia general¹⁵.

Como resultados obtuvieron que la agencia de autocuidado y autoeficacia percibidos son fenómenos que se presentan de manera positiva en las personas con cardiopatías isquémicas que asisten al programa de rehabilitación cardíaca, también afirman la relación entre estas dos variables, demostrando que la autoeficacia percibida tiene influencia y posee efecto predictor sobre la capacidad de agencia de autocuidado¹⁵. Por lo tanto, se concluye que una buena autoeficacia tiene un efecto positivo en el autocuidado de la persona y por ende se mejora el control que tiene la persona sobre su padecimiento¹⁵. Lo anterior sugiere la relevancia que tiene la autoeficacia como una herramienta para mejorar el autocuidado¹⁵.

Finalmente, otra investigación relacionada con la temática de la autoeficacia; Vélchez et al ¹⁶, presentan un artículo, titulado “*Efecto de Intervención Innovadora: Consejería de Enfermería en Salud Cardiovascular en Atención Primaria*”, en el año 2015, en Chile. Los objetivos propuestos fueron, establecer el efecto de una intervención innovadora de consejería de enfermería personalizada, presencial y telefónica, dirigida al control de factores de riesgo cardiovascular (hipertensión, dislipidemia, sobrepeso), mejoramiento de calidad de vida relacionada con salud (CVRS), fortaleciendo la autoeficacia, el apoyo social y estructurando el fenómeno “vivir con expectativas de cambio” en

personas usuarias del programa de salud cardiovascular de los Centros de Salud Municipales de Concepción, Chile¹⁶.

Asimismo, utilizaron como instrumentos, el Cuestionario genérico de Calidad de Vida Relacionada con Salud SF-36v2, la Escala de Autoeficacia General y la Escala Multidimensional Apoyo Social Percibido (MSPSS)¹⁶. Igualmente, como resultados obtuvieron, que las mujeres y los hombres disminuyeron la circunferencia abdominal, el colesterol total, colesterol-LDL, CT/HDL; además, las mujeres disminuyeron considerablemente de peso y aumentaron CVRS, los hombres disminuyeron su presión arterial sistólica y diastólica, LDL/HDL, y riesgo coronario a 10 años¹⁶. En lo cualitativo se estructura “vivir con expectativas de cambio”, como un proceso interactivo de cuidado que integran lo físico y psicológico, el cual establece alianzas que generan compromisos personales y contribuyen a enfrentar las dificultades con perseverancia y con acciones innovadoras. Como conclusión, indican que la intervención es una estrategia efectiva para el control de tres factores de riesgo cardiovascular y mejoramiento de CVRS¹⁶.

Resumen: Antecedentes Internacionales

Al analizar las diferentes fuentes es posible determinar que estas se desarrollan entre los años 2010-2015, además podemos encontrar que la temática de la autoeficacia se ha desarrollado en países latinoamericanos como Chile, Colombia, Argentina, México y Guatemala. En Europa, principalmente en España y a nivel de Oceanía en Australia. La temática se ha abordado en relación a enfermedades

cardiovasculares como el síndrome coronario agudo, infarto agudo al miocardio y cardiopatía isquémica.

Se han empleado teorizantes como Dorothea Orem, Teoría de Mediano Rango de Enfermería de Autoeficacia de Resnick y Nola J. Pender e instrumentos como la Escala General de Autoeficacia de Baessler y Schwarzer (1996), Escala General de Autoeficacia en su versión en español y Escala de Agotamiento Emocional y Cinismo.

Se abordaron diversas poblaciones con edades comprendidas entre 35-65 años, incluyendo tanto a hombres como a mujeres, con temáticas como estrés laboral, burnout y engagement (vigor y dedicación) y autoeficacia en personas trabajadoras.

Estas investigaciones han intentado verificar el impacto que tiene la autoeficacia en múltiples ámbitos, dentro de las principales conclusiones que se presentan sobresale que la autoeficacia le permite a las personas tener una mayor intención de realizar una determinada acción en un futuro próximo, además varios escritos indican que los hombres tienen mayores niveles de autoeficacia que las mujeres, también se detalla que la edad no influye en el nivel de autoeficacia de una persona. En cuanto al ámbito laboral se concluye que un alto nivel de autoeficacia genera un mejor desempeño en el trabajo y es una estrategia de afrontamiento que hace a las personas más felices.

En cuanto a aspectos referentes al padecimiento de una enfermedad queda evidenciado que un alto nivel de autoeficacia incita a la persona a realizar

cuidados preventivos, iniciar tratamientos tempranos y tener una visión optimista de su condición, lo que propicia una mayor adherencia al tratamiento y prevención de futuras patologías. Con respecto a la relación de la autoeficacia y enfermería se hace alusión a la importancia de las intervenciones educativas de enfermería desde la promoción de la salud, a través de factores como la autoeficacia, para promover determinadas conductas en salud en el usuario y la usuaria.

Al analizar dicha información se puede confirmar que en los últimos años la temática de autoeficacia se investiga con mayor constancia, los resultados positivos en los estudios confirman que poseer una autoeficacia positiva trae consigo mejoras en la salud, en la autogestión de la enfermedad y en la reducción de los factores de riesgo. Se observan indagaciones para conocer la relación entre la autoeficacia y el trabajo, o la autoeficacia y las enfermedades cardiovasculares.

No obstante es importante investigar más allá, el presente estudio busca ser “la puerta de entrada” al estudio de la tríada autoeficacia-trabajo-enfermedad cardiovascular crónica, estas se interrelacionan y se considera que poseen gran influencia en el desarrollo de las personas; el trabajo es el lugar donde se desempeña la persona la mayor parte del día, la enfermedad cardiovascular crónica por sus características influirá en el desarrollo del ser humano y en su capacidad de realizar su trabajo, finalmente la autoeficacia influirá en el trabajo y en el cuidado de la enfermedad que las personas pueden tener, lo que dará un mejor estado de salud.

1.2.2. Nacionales

A nivel nacional, en el área de Psicología, Arroyo¹⁷ expone una tesis titulada *“Programa de Promoción de Conductas Saludables y de Autoeficacia en personas diagnosticadas con fibromialgia atendidas en el centro nacional de control del dolor y cuidados paliativos”*, en el año 2015, la cual está basada en el paradigma de investigación acción. Presenta como objetivos: 1) elaborar un diagnóstico clínico a partir de la línea base, sobre las conductas actuales de las personas participantes respecto a su condición de salud, 2) construir y ejecutar un programa cognitivo conductual basado en conductas de estilo de vida saludables y de autoeficacia y 3) evaluar el programa para determinar la efectividad y los logros alcanzados por las personas participantes¹⁷.

Este estudio utilizó una muestra de 25 personas con edades comprendidas entre los 33 y los 68 años, siendo 1 hombre y 24 mujeres, a las cuales se les realizó como parte inicial una entrevista semiestructurada, se aplicó la Escala Visual Analógica para la manifestación verbal de dolor, el Cuestionario de impacto de la fibromialgia y el Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo¹⁷. Realizaron 8 sesiones del programa y 2 sesiones de seguimiento, en las cuales se trabajó sobre conductas saludables y autoeficacia desde el modelo cognitivo conductual¹⁷. Parte de los resultados muestran que el programa tuvo un impacto positivo en la reducción de dolor, en la disminución de la afectación que tiene la persona en su vida debido a su enfermedad y en dar respuestas más adaptativas en cuanto a la sintomatología ansiosa¹⁷.

Finalmente como conclusión, indican que el impacto del programa no solo es satisfactorio sino diverso y único en cada caso, permitió el desarrollo de la autoeficacia en las personas participantes, mejorando así su salud ¹⁷.

Por otro lado, desde el área de las Ciencias de la Salud, en la Escuela de Ciencias del Movimiento Humano y Calidad de Vida de la Universidad Nacional de Costa Rica, Gutiérrez et al¹⁸ desarrollan un estudio titulado “*Autoeficacia general, ansiedad precompetitiva y sensación de fluir en jugadores y jugadoras de balonmano de la Selección Nacional de Costa Rica*”, en el año 2013, con el objetivo de describir y relacionar la autoeficacia general, ansiedad precompetitiva y sensación de fluir en jugadores y jugadoras de balonmano de la Selección Nacional de Costa Rica en el Torneo Internacional Feria de las Flores (Colombia 2012). En este estudio participaron 28 jugadores (14 hombres y 14 mujeres), a cada uno de ellos y ellas se le aplicaron escalas para medir su nivel de autoeficacia general, ansiedad precompetitiva y sensación de fluir¹⁸. Como parte de los resultados obtenidos se encontraron: altos niveles de autoeficacia en ambos sexos, niveles relativamente bajos en cuanto a la sensación de fluir y los niveles de ansiedad somática tuvieron valores bajos, mientras los de autoconfianza los más altos, aquí sí se presentaron diferencias entre los sexos, ya que las mujeres expresaban mayores niveles de ansiedad que los hombres y los niveles de autoconfianza fueron mayores en los hombres¹⁸.

Finalmente no se encontraron correlaciones entre autoeficacia y sensación de fluir, sin embargo sí se encontraron entre la sensación de fluir y la ansiedad,

llegando así a la conclusión de la necesidad de obtener ayuda psicológica para mejorar el estado psicofísico y con ello lograr un mejor rendimiento¹⁸.

Seguidamente, desde el área de Orientación, Mata¹⁹ propone un artículo llamado “*Construcción de un inventario para la medición de la autoeficacia vocacional*”, en el año 2018, con el objetivo de describir el proceso de elaboración de un inventario de autoeficacia vocacional sobre la base de diversos insumos conceptuales propios de la Orientación Vocacional y otras teorías del aprendizaje, con la aplicación de un método de investigación cuantitativa. Con ello se propone una escala denominada Cuestionario de Autoeficacia Vocacional basada en los lineamientos expuestos por Bandura¹⁹. Esta se aplicó en estudiantes de onceavo año del Ciclo Diversificado del Sistema Educativo Costarricense¹⁹. Como parte de los resultados y conclusiones se observa cómo este instrumento mejora la exploración vocacional por parte de los y las profesionales en Orientación y con ello beneficia a la adolescencia en su toma de decisiones y su desarrollo¹⁹.

Finalmente concluye que aunque es solo una propuesta de escala, posee un fundamento sólido y consistente para ser utilizada con jóvenes del Ciclo Diversificado del sistema educativo costarricense, constituyendo así un aporte importante para la Orientación en Costa Rica¹⁹.

Resumen: Antecedentes Nacionales

A nivel nacional la autoeficacia no ha sido ampliamente abordada con relación a las enfermedades crónicas. La tesis anteriormente descrita se asemeja a la

presente investigación ya que habla sobre la autoeficacia, sin embargo se enfoca en personas diagnosticadas con fibromialgia, trabaja la autoeficacia desde el modelo cognitivo conductual y permite evidenciar el impacto positivo de la autoeficacia al contribuir a la reducción del dolor, la afectación de la enfermedad en la vida de la persona y respuestas más adaptativas a la sintomatología ansiosa. Asimismo, los otros dos estudios mencionados anteriormente se enfocan en otras áreas como lo son las Ciencias del Movimiento Humano, con la evaluación de la autoeficacia y otras variables en el equipo nacional de balonmano y la creación de inventarios en el área de Orientación, en este caso para medir la autoeficacia vocacional.

Por lo tanto, ante la carencia de investigaciones sobre la autoeficacia en personas trabajadoras con enfermedades cardiovasculares crónicas, se considera relevante que esta sea estudiada a nivel nacional, ya que como se ha mencionado en los estudios anteriores la autoeficacia tiene efectos positivos sobre el estado de salud de la persona y el manejo de su enfermedad, además puede constituir una herramienta fundamental para mejorar su calidad de vida.

1.3. Justificación

En la actualidad muchas personas en el mundo se encuentran en riesgo cardiovascular, debido a diversos factores como hipertensión, diabetes, colesterol, tabaquismo, herencia genética o incluso el estrés²⁰. Costa Rica no es la excepción a la regla, datos de la Dirección de Vigilancia de la Salud indican que las enfermedades del sistema circulatorio constituyen la principal causa de muerte de la población costarricense²⁰.

Para el año 2012, se registró un total de 5.651 muertes, una tasa de 91,3 por cada 100.000 habitantes²⁰. Con respecto a las causas de muerte por enfermedades del sistema circulatorio en el año 2012, el primer lugar lo ocuparon las enfermedades isquémicas del corazón con 2.594 muertes y una tasa de 5,6 muertes por cada 10 000 habitantes, en segundo lugar, se registraron las enfermedades cerebrovasculares y en tercer lugar se encontró la Hipertensión Arterial²⁰.

Según datos del Ministerio de Salud²⁰, las enfermedades cardiovasculares ocurrieron en personas de 45 años o más. El infarto al miocardio, que es la más frecuente de las enfermedades isquémicas, causó un 36% del total de muertes y se producen antes de los 70 años²⁰. La mayoría de los egresos corresponden a personas de 45 años o más y un 2,2% de los casos ocurre entre los 20 y 44 años²⁰. Las defunciones por enfermedad hipertensiva se presentan escasamente antes de los 40 años; sin embargo, es a partir de esa edad que los casos comienzan a

elevarse de forma exponencial, incluso se encuentran egresos desde los 15 años de edad y cada vez se diagnostican casos a más temprana edad²⁰.

Las enfermedades crónicas más destacadas se relacionan con determinantes de la salud, como lo son el consumo de tabaco, consumo nocivo de alcohol, dieta inadecuada e inactividad física, los cuales son parte de la promoción de la salud²¹. También influyen los determinantes sociales, como las condiciones de vida y trabajo, la educación o el nivel de ingresos, por lo que es importante promocionar estilos de vida saludables desde la infancia²¹.

El trabajo es un determinante social de la salud que influye en el padecimiento de enfermedades cardiovasculares crónicas, las personas que actualmente forman parte de la población trabajadora del país se encuentran dentro de los rangos de edad en los que se ha evidenciado que empiezan a desarrollar dichas enfermedades²¹.

Según Castro y Muñoz²² actualmente como consecuencia de un modelo económico globalizado basado en procesos como la industrialización y la internalización de mercados, el mundo del trabajo enfrenta un gran cambio en las dinámicas organizacionales y en la estabilidad laboral, existe una mayor inequidad en la distribución de los recursos y por tanto mayor desigualdad en la población.

La personas trabajadoras están sometidas a múltiples factores de riesgo que las predisponen a padecer de enfermedades cardiovasculares, ya que gracias a las altas demandas laborales se pueden ver sometidas a estados continuos de estrés, el

cual tiene implicaciones físicas al incrementar el ritmo cardíaco y la presión arterial²³. También se puede ver afectado el comportamiento, al aumentar las conductas de riesgo como son el consumo de tabaco, alcohol, inactividad física y malos hábitos alimenticios²³. El estrés laboral además genera que las personas trabajadoras cuenten con poca o ninguna motivación, tienden a ser menos productivas, a tener menor seguridad laboral y se suelen enfermar con más frecuencia²⁴.

Matabanchoy ²⁵ refiere que la salud, el bienestar y la seguridad de la población trabajadora es fundamental para el contexto personal y familiar de las mismas, porque significa una mejor calidad de vida, pero también representa un aspecto positivo para las empresas empleadoras y para la economía en general, ya que en términos de productividad, competitividad y sostenibilidad es más viable contar con trabajadores en un estado de salud óptimo. Y en términos del sistema de salud representa una disminución de gastos significativa²⁵.

Debido a lo indicado anteriormente es fundamental intervenir con esta población, por lo cual es de gran relevancia el papel de la promoción de la salud, ya que genera conocimiento en las personas y así mismo el desarrollo de habilidades para la vida²¹. Además, la población costarricense en riesgo cardiovascular aumenta y es cada vez más joven, ante este panorama surge la necesidad de analizar un concepto tan importante para la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud como lo es la autoeficacia.

Bandura²⁶ menciona que la autoeficacia consiste en las creencias que tienen las personas acerca de sus capacidades para producir los niveles designados de rendimiento que inciden sobre los acontecimientos que afectan sus vidas; determinando cómo las personas se sienten, piensan, se motivan y se comportan, tales creencias producen efectos diversos a través de cuatro procesos principales; cognitivo, afectivo, motivacional y los procesos de selección. De la misma manera Bandura²⁶ indica que el establecimiento de metas personales está influenciado por la auto-evaluación de capacidades; cuanto más fuerte sea la autoeficacia percibida, mayor será la meta establecida y más firme es el compromiso con ésta.

Las creencias de autoeficacia contribuyen a la motivación que tienen las personas ante determinada conducta o acción, y lo hace de varias maneras: determina los objetivos que se van a proponer, la cantidad de esfuerzo, cuánto tiempo perseveran ante las dificultades y su resistencia a las fallas²⁶. También las creencias de las personas en sus capacidades de afrontamiento afectan la cantidad de estrés y la depresión que experimentan en situaciones de riesgo, así como su nivel de motivación²⁶.

Existen diversas formas en las que la autoeficacia percibida funciona para promover la salud; según Bandura cuanto mayor sea la percepción de autoeficacia en las personas, mayor es la capacidad de generar habilidades que favorezcan acciones beneficiosas para la salud²⁶.

En cuanto a la población trabajadora una de las consecuencias más importantes de la autoeficacia en el trabajo es su influencia en el desempeño; se ha mostrado

que las personas con alta autoeficacia mantienen el compromiso como respuesta a las altas demandas de sus trabajos, en lugar de otras conductas menos adaptativas como la depresión o los estados de ansiedad²⁶. A nivel del usuario y de la usuaria, un resultado práctico de la autoeficacia ocupacional es un mejor control laboral que influye en el bienestar físico y psicológico²⁷. La autoeficacia está involucrada en un mayor rendimiento y en una mejor ejecución laboral²⁷.

Otro concepto que se tomará en consideración en el desarrollo de la investigación es el de autogestión, de acuerdo con Ryan y Sawin²⁸ esta consiste en un fenómeno complejo y multidimensional que afecta a individuos, díadas o familias en todas las etapas del desarrollo. La autogestión incluye un contexto el cual se compone de factores específicos de riesgo y protección, el entorno físico y social y las características únicas de las personas y miembros de la familia²⁸. Este contexto a su vez influye en los procesos de autogestión los cuales son las habilidades de autorregulación, la facilitación social y los conocimientos y creencias²⁸. Dentro de esta teoría de autogestión se incluye la autoeficacia como una creencia²⁸.

Estos procesos son los que guían el alcance de resultados como lo es la adopción de comportamientos de autogestión, que se utilizan para controlar enfermedades crónicas, así como para participar en comportamientos de promoción de la salud²⁸. El objetivo del abordaje de la autoeficacia y la autogestión es que las personas asuman la responsabilidad de administrar su atención en salud, especialmente por medio del apoyo para adquirir los

conocimientos y fortalecer creencias positivas que promuevan la gestión de la salud²⁸.

Además, Ryan y Sawin ²⁸ refieren que los estudios relacionados con la eficacia de los comportamientos de autocontrol ofrecen una promesa significativa para mejorar los resultados de salud para las personas y las familias, el manejo de las condiciones de salud crónicas conduce a la mejora de sus resultados de salud, a una mayor calidad de vida, a la realineación de los gastos de atención de salud, incluida una menor demanda de servicios de salud y una mejor salud a nivel de sociedad.

Al ser la autoeficacia un factor que influye de manera directa en las prácticas de autogestión de las personas²⁸, es de suma importancia abordar este tópico desde el enfoque de la enfermería; es competencia de los enfermeros y las enfermeras tomar en cuenta la autoeficacia en el abordaje integral de los usuarios y las usuarias, a su vez esto debe realizarse desde el Proceso de Enfermería de manera que guíe las intervenciones de los y las profesionales para que estas sean efectivas, guiando y apoyando al usuario y usuaria a lograr los objetivos en salud, con el fin de mejorar la autogestión de la población y al mismo tiempo la salud y calidad de vida de las personas, especialmente las que tienen una enfermedad crónica²⁹.

“El Proceso de Enfermería es la aplicación del método científico en la práctica asistencial que permite a los profesionales de enfermería prestar cuidados que se nos demandan, de una forma estructurada, homogénea, lógica y sistemática”²⁹.

Por lo tanto, el Proceso de Enfermería guía a realizar una intervención de calidad²⁹. Es de esta forma que después de haber detectado diversas necesidades en la población a tratar, se podrá generar un plan de cuidado, con el apoyo que brindará la Escala de Autoeficacia para poder generar diagnósticos con base a las necesidades identificadas.

Lo anterior tendrá repercusiones beneficiosas sobre el autocuidado el cual se define como, “una actividad del individuo aprendida por éste y orientada hacia un objetivo, es una conducta que aparece en situaciones concretas de la vida, y que el individuo dirige hacia sí mismo o hacia el entorno para regular los factores que afecten a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud o bienestar”³⁰.

Es así como se muestra la relevancia del autocuidado, el cual genera bienestar para la vida de la persona, esto se encuentra relacionado con la autoeficacia, si las personas se sienten capaces de lograr metas respecto a su salud y vida en general, esto las llevará a motivarse ante el autocuidado, además a sentir confianza en poder lograr cuidarse, mejorar y mantener su salud³⁰. Por lo tanto, es importante la intervención de enfermería en la educación de las personas para que aumenten su autoeficacia y aprendan a cuidarse³⁰.

Como se mencionó anteriormente el profesional de enfermería tiene un papel importante en cuanto a las prácticas de autocuidado, este desarrolla sus acciones al establecer relaciones de comunicación entre enfermero o enfermera y el usuario o la usuaria, con el fin de que en conjunto se exploren medios que lleven a

alcanzar los objetivos en salud, para esto la persona deberá estar de acuerdo con los medios y mostrar conductas que le permitan alcanzar dichos objetivos³¹. Dado que enfermería trabaja en conjunto con la persona, la autoeficacia que esta tenga puede ayudarle a confiar en que puede lograr los objetivos, esto favorecerá a que los alcance con mayor facilidad, pero si por lo contrario no se cree capaz le será más difícil alcanzarlos³¹.

La autoeficacia afecta e influye en los sentimientos, pensamientos, motivación, toma de decisiones y por consiguiente en las acciones de los individuos³². Las personas con altos niveles de autoeficacia se ven beneficiadas con un buen funcionamiento y bienestar general, ya que les permite tomar actitudes preventivas, buscar tratamientos oportunos, tener mejor adherencia al tratamiento, recuperarse mejor y más rápido de enfermedades en comparación con las personas que tienen una baja autoeficacia³².

Por eso, determinar los niveles de autoeficacia en las personas con enfermedades cardiovasculares crónicas permitirá conocer la percepción de las personas acerca de sus propias habilidades ante el cumplimiento de metas, acciones en beneficio de su salud y capacidad de hacer frente ante las dificultades de su estado de enfermedad³². Y a partir de ello realizar intervenciones que favorezcan la adherencia al tratamiento y cambios en el estilo de vida que les permita mejorar su salud y prevenir complicaciones.

Por otro lado, es de suma importancia tener instrumentos que permitan a los y las profesionales de enfermería conocer el nivel de autoeficacia que poseen las

personas para lograr ciertos objetivos que pueden plantearse para mejorar su salud. Además, con este tipo de instrumentos, enfermería logra fundamentar sus acciones, ya que las necesidades de las personas en cuanto a su nivel de autoeficacia son detectadas a partir de una base confiable y validada científicamente. Este punto es muy importante para el fortalecimiento de la profesión, formando a profesionales de mejor nivel académico que tengan conocimiento en la utilización de distintos medios de valoración.

Finalmente, es de relevancia mencionar que al intervenir con personas con enfermedades cardiovasculares crónicas, enfermería por medio de su objeto de estudio que es el cuidado, además a través del aporte de la aplicación de la Escala de Autoeficacia, se contribuirá en el cumplimiento de metas ya propuestas por entidades, como por ejemplo la OMS³³ la cual indicó ante la prevención de las ECV que, “En el 2013 todos los Estados Miembros (194 países) acordaron, bajo el liderazgo de la OMS, una serie de mecanismos mundiales para reducir la carga evitable de Enfermedades No Transmisibles (ENT), entre ellos el Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020”.

Este plan conlleva la aplicación de nueve metas mundiales, de las cuales dos se centran directamente en la prevención y el control de las ECV³³. Particularmente en la meta 6 se propone el reducir la prevalencia mundial de hipertensión, esto mediante intervenciones dirigidas a la población mundial, que disminuyan los factores de riesgo comportamentales, específicamente el consumo nocivo de

alcohol, la inactividad física, el sobrepeso, la obesidad y el consumo elevado de sal, por lo que es de relevancia la detección temprana y el manejo costo eficaz de la hipertensión³³.

Por su parte, la meta 8 del Plan de Acción Mundial se enfoca en brindar tratamiento farmacológico y asesoramiento (incluido el control de la glucemia) a las personas que lo necesitan³³. Por lo tanto, resulta de gran importancia, que se brinde un enfoque integral el cual incluya todos los factores de riesgo cardiovascular que rodean a la persona, de esta manera se generará una mejor intervención³³. “El logro de esa meta requerirá el fortalecimiento de los componentes clave del sistema de salud, incluida la financiación de la atención sanitaria con miras a garantizar el acceso a tecnologías sanitarias básicas y a los medicamentos esenciales para el tratamiento de las ENT”³³.

La temática por abordar en este seminario se avoca a desarrollar un objetivo del proyecto 421-B6-344 titulado *Características Psicométricas de la Escala de Autoeficacia para el Manejo de Enfermedades Crónicas en personas con enfermedad cardiovascular, funcionarias en el sector universitario de Costa Rica*, de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica, el cual también se encuentra adscrito al Instituto de Investigaciones Psicológicas en el Grupo de Salud y estuvo inscrito hasta el 2019 al Programa de Investigación en Enfermería (PROINE, N. 421-A5-908). Además, dicho proyecto se plantea como un estudio paralelo al proyecto denominado: Calidad de Vida y Salud Cardiovascular en

funcionarios docentes y administrativos de la Sede Rodrigo Facio de la Universidad de Costa Rica (Dr. Vivian Vílchez, I.P).

El proyecto 421-B6-344 tiene como objetivo validar la escala llamada “Escala de autoeficacia para enfermedades crónicas” en personas con enfermedad cardiovascular funcionarias en el sector universitario en Costa Rica. El seminario propuesto colabora con este proyecto al describir el nivel de autoeficacia, lo cual es un paso primordial para poder realizar los análisis de validez y confiabilidad de la escala en población costarricense.

La investigación se realizará en población con enfermedades cardiovasculares crónicas, lo que generará un gran aporte a estas personas, tanto desde el punto de vista de su propia autogestión, como el aporte para la enfermería en cuanto a nuevos conocimientos en estos temas y permitirá dar una mejor atención a las mismas.

Relacionado a esto, este proyecto contribuye en gran medida a que la enfermería trascienda, contribuyendo a demostrar que el papel de la enfermería no se limita solamente al cuidado directo o trabajos en hospitales. Estudios como estos plasman y demuestran lo necesarios que son los y las profesionales en enfermería en todos los campos en los que se desenvuelve el ser humano, como en este caso en el ámbito laboral. Asimismo, trabajos como este abren puertas para otras investigaciones donde enfermería juega papeles muy importantes pero que aún no han sido tan explorados. También contribuye a motivar a más enfermeros y enfermeras a empoderarse en sus carreras, a fomentar su participación en

ámbitos relacionados con la investigación, que es algo que lamentablemente el gremio costarricense ha dejado de lado.

De esta forma el presente trabajo, se realizará con las personas adultas trabajadoras con enfermedades cardiovasculares crónicas de la Universidad Nacional, esto se llevará a cabo por medio del Departamento de Salud de la Universidad Nacional, a través del Programa para Personas con Enfermedades Crónicas, específicamente en personas con enfermedades cardiovasculares debido a que en el mencionado proyecto ya se estableció esta población.

1.4. Pregunta de Investigación

¿Cuál es el nivel de autoeficacia de las personas adultas trabajadoras con enfermedades cardiovasculares crónicas de la Universidad Nacional, en el 2019?

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo general

Analizar la autoeficacia en las personas adultas trabajadoras con enfermedades cardiovasculares crónicas de la Universidad Nacional.

1.5.2 Objetivos específicos

1. Describir el nivel de la autoeficacia en las personas adultas trabajadoras con enfermedades cardiovasculares crónicas de la Universidad Nacional según las dimensiones de la Escala de Autoeficacia para Personas con Enfermedades Crónicas.

2. Reflexionar sobre el nivel de autoeficacia en las personas adultas trabajadoras con enfermedades cardiovasculares crónicas de la Universidad Nacional a partir de los resultados obtenidos en la Escala de Autoeficacia para Personas con Enfermedades Crónicas.

Capítulo II

2. Marco Teórico-Conceptual

En el siguiente marco teórico-conceptual se incluirán conceptos y teorías que ayudarán a direccionar de mejor manera este trabajo de investigación. Es importante conceptualizar los temas que se tratarán en el seminario, por lo cual es de gran relevancia mencionar que primeramente se incluirá el concepto de enfermedades crónicas, ya que son padecimientos que afectan a gran parte de la población mundial y la costarricense que no queda exenta. Además, dentro de enfermedades crónicas se encuentran las enfermedades cardiovasculares, en las cuales se centrará esta investigación, por lo tanto, es otro concepto a incluir, de esta forma se delimitará la investigación únicamente a enfermedades cardiovasculares crónicas, dentro de las que se encuentran cardiopatías, enfermedades cerebrovasculares, trombosis venosas, entre otras.

Igualmente, se introducirá el concepto de autocuidado y autogestión, ya que estos son determinantes en la salud de las personas e influye en el manejo de las enfermedades cardiovasculares crónicas. Se utilizará también el concepto de autoeficacia, eje medular de esta investigación.

Este seminario está basado en teorías y marcos conceptuales de enfermería, dentro de los que se puede mencionar a Kate Lorig, quien se basa en la teoría de la autoeficacia de Albert Bandura, esta teoría explica cómo la autoeficacia influye positiva o negativamente en la motivación y el comportamiento de las personas y de su salud.

Finalmente, se utilizará el concepto de salud laboral, ya que el presente estudio se llevará a cabo con población trabajadora, por ende, es necesario definirlo para contextualizar de una mejor manera este seminario de graduación.

2.1. Enfermedades Crónicas

Las enfermedades crónicas afectan a gran parte de la población mundial, es así como la OMS en el 2018 menciona que “Las enfermedades crónicas son enfermedades de larga duración y por lo general de progresión lenta. Las enfermedades cardíacas, los infartos, el cáncer, las enfermedades respiratorias y la diabetes, son las principales causas de mortalidad en el mundo”³³. “La enfermedad crónica es un trastorno orgánico funcional que obliga a la modificación de los estilos de vida de una persona y que tiende a persistir a lo largo de su vida”³⁴. Las personas más afectadas por enfermedades crónicas son mujeres y personas menores de 60 años de edad³⁴.

El origen de estas enfermedades puede variar según diversos factores que nos rodean y que influyen en cada persona de distintas maneras, algunos de estos elementos son el ambiente, los estilos de vida y los hábitos, la herencia, los niveles de estrés, la calidad de vida y la presencia de una enfermedad persistente que puede pasar a ser crónica³⁴.

Las enfermedades crónicas al ser de larga duración, pueden estar presentes toda la vida, por lo cual al transcurrir el tiempo afectará la función, la productividad y la calidad de vida de las personas, lo que provoca a su vez más problemas de salud y modificaciones en su diario vivir, al mismo tiempo genera una menor

calidad de vida²¹. Algunos de estos problemas “van desde los físicos (deterioro funcional) hasta de salud mental (estrés emocional, depresión, ansiedad) pasando por los de carácter social (deterioro funcional social)”²¹.

Aunque la población más afectada por las enfermedades crónicas son las personas adultas mayores, se ha identificado que todos los grupos de edad se están viendo igualmente afectados por estas enfermedades, dichos grupos son vulnerables a los factores de riesgo por lo que hay mayores probabilidades de padecer estas enfermedades³⁵.

Los factores de riesgo que influyen en la aparición de enfermedades crónicas son: estrés, tabaquismo, consumo de alcohol, hipertensión arterial, sedentarismo, dietas no saludables, sobrepeso, obesidad y niveles de colesterol elevado³⁶. Podemos ver que todos estos factores provienen de inadecuados hábitos que tiene la población, lo que genera las condiciones antes mencionadas y a su vez una consecuente enfermedad que puede durar para toda la vida, que cambiará y afectará el estilo de vida de cada persona.

2.2. Enfermedades Cardiovasculares

Las enfermedades cardiovasculares (ECV), las cuales son parte de las enfermedades crónicas, son las que se presentan en mayor medida en la población. Las ECV son definidas, según la OMS como “un grupo de desórdenes del corazón y de los vasos sanguíneos”³³ y se dividen en varias, como se indica a continuación:³³

La cardiopatía coronaria o enfermedad isquémica del corazón: es una enfermedad de los vasos sanguíneos que irrigan el músculo cardíaco³³. Es producida por la arteriosclerosis de las arterias coronarias, las cuales se encargan de brindar sangre al músculo cardíaco (miocardio), esto genera un estrechamiento o estenosis de las arterias coronarias³³. No presenta síntomas, hasta que se dé el estrechamiento de una o varias arterias coronarias, es de gran relevancia ya que origina un desequilibrio entre el aporte de oxígeno al miocardio y sus necesidades³⁷.

Las enfermedades o accidentes cerebrovasculares: enfermedades de los vasos sanguíneos que irrigan el cerebro³³. Se caracterizan por presentar un desarrollo rápido de signos clínicos de disturbios de la función cerebral o global, con síntomas que persisten 24 horas o más, que pueden llevar a la muerte sin ninguna otra causa aparente que el origen vascular³⁸. Se clasifican en: hemorrágicos, los cuales se producen al romperse una arteria dentro del cerebro generando una hemorragia y dañando la región donde ocurre³⁸. El isquémico conocido también como infarto cerebral, es el que se da con mayor frecuencia y se produce cuando se tapa una arteria y no llega sangre a una parte del cerebro³⁸.

Las arteriopatías periféricas: enfermedades de los vasos sanguíneos que irrigan los miembros superiores e inferiores³³.

La cardiopatía reumática: lesiones del músculo cardíaco y de las válvulas cardíacas debidas a la fiebre reumática, una enfermedad causada por bacterias denominadas estreptococos³³. Las cardiopatías congénitas: malformaciones del corazón presentes desde el nacimiento³³.

Las trombosis venosas profundas y embolias pulmonares: coágulos de sangre (trombos) en las venas de las piernas, que pueden desprenderse (émbolos) y alojarse en los vasos del corazón y los pulmones³³.

Los ataques al corazón y los accidentes vasculares cerebrales (AVC) suelen ser fenómenos agudos, debido a obstrucciones que impiden que la sangre fluya hacia el corazón o el cerebro³³. Una de sus causas más frecuentes es la formación de depósitos de grasa en las paredes de los vasos sanguíneos que irrigan el corazón o el cerebro, también pueden deberse a hemorragias de los vasos cerebrales o coágulos de sangre³³. Sus causas se deben a los factores de riesgo cardiovascular como el tabaquismo, las dietas malsanas, la obesidad, el sobrepeso, la inactividad física, el consumo nocivo de alcohol, la hipertensión arterial, la diabetes y la hiperlipidemia³³.

La hipertensión arterial, es un factor de riesgo de enfermedad cardiovascular, se puede definir como la elevación de la presión arterial, lo cual puede causar un posterior daño en los vasos sanguíneos, ya que estos tienen una tensión alta duradera³⁹. La presión arterial es la fuerza que la sangre tiene contra las paredes de los vasos arteriales, esto al ser bombeada por el corazón, lo que significa que entre mayor tensión el corazón realizará un mayor esfuerzo al bombear sangre³⁹.

Algunos síntomas que puede presentar una persona con hipertensión arterial son: dolor de cabeza, dificultad respiratoria, vértigo, dolor torácico, palpitaciones del corazón y hemorragias nasales, aunque la sintomatología no es frecuente³⁹. Un dato importante es que si la tensión arterial alta no es controlada, puede provocar

un infarto de miocardio, un ensanchamiento del corazón y posteriormente una insuficiencia cardíaca³⁹.

Por otra parte, un factor de riesgo para presentar una enfermedad cardiovascular es la diabetes, la cual es una enfermedad crónica que surge cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce⁴⁰. Un efecto de la diabetes, si esta no es controlada, es la hiperglucemia, la cual significa un aumento del azúcar en la sangre⁴⁰.

Existen varios tipos de diabetes, la diabetes de tipo 1, también denominada diabetes insulino dependiente o juvenil, se caracteriza por la ausencia de síntesis de insulina⁴⁰. La diabetes de tipo 2, la cual fue nombrada antes diabetes no insulino dependiente o del adulto, esta tiene su origen en la incapacidad del cuerpo para utilizar debidamente la insulina, lo que frecuentemente es causado por el exceso de peso o la inactividad física⁴⁰. Igualmente, otro tipo es la diabetes gestacional, la cual se define como una hiperglicemia que es detectada por primera vez durante el embarazo⁴⁰.

Las dislipidemias son definidas como un grupo de enfermedades resultantes de concentraciones anormales de colesterol, triglicéridos, C-HDL y C-LDL en sangre, que son parte de los factores de riesgo en la enfermedad cardiovascular⁴¹. Las dislipidemias se clasifican en primarias y secundarias “el primer grupo lo constituyen trastornos caracterizados por defectos en las enzimas, receptores o metabolitos que participan en la síntesis y eliminación de las lipoproteínas, la más frecuente es la hipercolesterolemia familiar, seguida por hiperlipidemia familiar

combinada, disbetalipoproteinemia e hipertrigliceridemia familiar⁴¹. El segundo grupo incluye alteraciones en los lípidos como consecuencia de otras enfermedades: diabetes mellitus, hipotiroidismo, síndrome nefrótico, uso de algunos fármacos”⁴¹.

Estos factores de riesgo que aumentan la posibilidad de sufrir ataques cardíacos, accidentes cerebrovasculares, insuficiencia cardíaca y otras complicaciones, pueden evidenciarse en muchas de las personas que asisten a los centros de atención primaria³³. Por lo que es importante el papel de los y las profesionales de salud en atención primaria y que trabajen en el prevenir este tipo de complicaciones³³.

La disminución del consumo de tabaco, la reducción de la sal y del azúcar de la dieta, el consumo de frutas y hortalizas, la actividad física regular y la evitación del consumo nocivo de alcohol reducen el riesgo de sufrir una ECV³³. En varias condiciones resulta necesario prescribir un tratamiento farmacológico como en el caso de la diabetes, la hipertensión o la hiperlipidemia, así el riesgo cardiovascular reducirá y se previenen ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares³³. “Las modificaciones de los factores de riesgo se han mostrado capaces de reducir la mortalidad y la morbilidad por ECV, sobre todo en individuos en alto riesgo”⁴².

Llevar un estilo de vida saludable puede ayudar a disminuir el riesgo de padecer una ECV⁴². El estilo de vida no saludable puede llevar a la persona a tener factores de riesgo y generar posteriores complicaciones comunes como lo son el sobrepeso, una relación colesterol total/colesterol HDL desfavorable y una

presión arterial elevada⁴². “En su mayor parte, la ECV tiene estrecha relación con el estilo de vida y factores fisiológicos y bioquímicos modificables”⁴².

2.3. Autocuidado y autogestión

Reconociendo la importancia que tienen las enfermedades cardiovasculares crónicas y la estricta necesidad de su control y manejo, es necesario describir que es el autocuidado y cómo éste puede convertirse en una herramienta de suma importancia para mejorar la calidad de vida que poseen las personas con este tipo de padecimientos.

Levin y Idler citado por Moore et al ⁴³ definen autocuidado como todas las actividades que las personas realizan para promover su propia salud, prevenir su propia enfermedad, limitar su propia enfermedad y restaurar su propia salud sin la asistencia de un profesional de la salud. El autocuidado se refiere a algo universal (exigencias esenciales de la vida diaria que incluían aire, fluidos, comida, eliminación, descanso, activo, soledad, relaciones interactivas con los y las demás y protecciones contra riesgos) o una desviación de salud ⁴³.

Entendiendo el concepto de autocuidado, es importante mencionar la educación en autocuidado, en la cual los y las profesionales en salud se convierten en colaboradores de las personas, por ejemplo, proporcionando a los y las pacientes con afecciones crónicas un plan que les permita desarrollar habilidades de resolución de sus problemas para mejorar sus vidas⁴⁴. La atención de colaboración entre profesionales en salud y las personas facilita una toma de decisiones de

forma conjunta, en la cual la persona tiene conocimiento sobre su afección crónica y su manejo y el personal de salud se vuelve un consultor ⁴⁴.

Aquí surge también el cuidado colaborativo, en el cual él o la profesional de salud aunque sea experto profesionalmente, debe considerar a su paciente como una persona experta en su vida, ambos deben complementarse y lograr el mejor plan para la persona y el manejo de su enfermedad⁴⁴. El personal debe alentar al usuario o usuaria a resolver sus problemas con información, pero no con órdenes y así satisfacer sus propias necesidades ⁴⁴.

Para lograr solventar de buena manera estas necesidades, por medio del autocuidado, la persona debe contar con herramientas que le guíen y faciliten mantener su salud, de aquí se extrae otro concepto que se desarrollará y que se encuentra íntimamente ligado con este seminario: autogestión.

La autogestión es considerada un proceso que abarca todo el mantenimiento del bienestar de las personas, así como el manejo de las enfermedades crónicas. Además, requiere de confianza para regular y tomar medidas que den como resultado conductas de salud específicas ⁴³.

El concepto de autogestión ha tenido varias acotaciones, primero se hablaba de este como una capacidad del paciente para participar en su tratamiento o atención, posteriormente se adiciona a este el manejo médico, el comportamiento, el rol y las emociones ⁴³.

La autogestión se refiere a un subconjunto de actividades dentro del concepto general de autocuidado⁴³. Como ejemplo, una de esas tareas o actividades puede

ser el manejo de los síntomas, lo cual se relaciona con lo explicado con anterioridad y la importancia que tiene el autocuidado y la educación en este para el control que tenga la persona sobre su propia salud ⁴³.

Asimismo, se describen dos marcos de autogestión, que están relacionados con resultados proximales, refiriéndose a conductas de autocontrol y resultados distales, como el estado de salud y calidad de vida⁴³. Con estos marcos se llega a cambios en el comportamiento y así se destaca la autogestión como un mecanismo para mejorar la salud ⁴³.

Existen algunos elementos comunes que se vuelven esenciales para promover la autogestión, entre ellos: la activación, la autorregulación, la autoeficacia para el manejo de las afecciones crónicas y la salud global⁴³. Estos son muy importantes para intercambiar datos entre las distintas investigaciones que se realicen sobre los avances científicos de la autogestión ⁴³.

La activación incluye varios elementos importantes para la autogestión entre ellos: los conocimientos, habilidades, creencias y comportamientos que una persona necesita para controlar una enfermedad crónica⁴³. Por otro lado, la autorregulación es el esfuerzo que realiza la persona para hacer comportamientos. Además, cambia y modula pensamientos, emociones y comportamientos para alcanzar metas⁴³. Y por último está la autoeficacia, que se explicará ampliamente más adelante, utilizada en el manejo de las afecciones crónicas ⁴³.

Por otra parte, en la presente investigación se hace énfasis en el marco conceptual de autogestión propuesto por Kate Lorig quien plantea que la

autogestión es un aspecto importante de abordar en el tratamiento de la enfermedad crónica⁴⁵. Lorig y Holman⁴⁵ explican que durante la primera mitad del siglo XX el sistema de salud estaba diseñado para abordar padecimientos agudos, en ese momento la función del personal de salud era diagnosticar y tratar, no obstante, en la segunda mitad de este siglo esto cambió; el cambio en el estilo de vida de los usuarios y las usuarias ha generado una modificación en las enfermedades que predominan actualmente, hoy prevalecen las patologías crónicas y el abordaje debe ser distinto ya que cuando se trata de una enfermedad a largo plazo el rol del profesional en salud es el de educación, orientación y supervisión.

Por lo anterior, el usuario y la usuaria debe ser capaz de informar con precisión las tendencias y el ritmo de su enfermedad, realizar las elecciones informadas sobre el tratamiento y discutirlos con el proveedor de atención médica; la capacitación en autogestión prepara a las personas con enfermedades crónicas para realizar estas tareas de manera óptima ⁴⁵.

El tema de la autogestión es especialmente importante para las personas con enfermedades crónicas, donde sólo el o la paciente puede ser responsable de su cuidado diario a lo largo de la enfermedad, además para la mayoría de estas personas, la autogestión es una tarea de por vida ⁴⁵.

Asimismo, los programas de autogestión deben basarse en las necesidades percibidas por la persona, debido a que la educación en autocontrol se centra en las inquietudes y problemas del paciente, se debe realizar una evaluación detallada de las necesidades para cada tema y grupo de pacientes⁴⁵. Los programas de

autogestión deben incluir además contenido que aborde tres tareas: administración médica o de comportamiento, administración de roles (profesional en salud-usuario o usuaria) y gestión emocional, esto en el sentido de que la persona aprenda a manejar las emociones que le genera su enfermedad, se convierte en parte del trabajo requerido para manejar la condición ⁴⁵.

Los autores indican cinco habilidades básicas que requieren los y las pacientes para resolver sus problemas o necesidades: ⁴⁵ Toma de decisiones: las personas con enfermedades crónicas deben tomar decisiones cotidianas en respuesta a los cambios en el estado de la enfermedad, dichas decisiones se deben basar en información suficiente y apropiada⁴⁵. Utilización de recursos: además de enseñar a las personas a usar los recursos, la autogestión incluye ayudar a los individuos a buscarlos en diversas fuentes⁴⁵.

Asociación paciente-profesional: Involucra el cuidado colaborativo y la educación de autocontrol, el rol del profesional en salud se convierte en el de un educador y supervisor⁴⁵. La educación de autocontrol complementa la educación tradicional del paciente, para ayudar a las personas a vivir la mejor calidad de vida posible con su afección crónica⁴⁵.

Planificación de la acción: El usuario o la usuaria debe ser capaz de crear un plan de acción a corto, mediano y largo plazo en función de su enfermedad⁴⁵.

Auto adaptación: Corresponde al uso de las habilidades y el conocimiento de la autogestión y su aplicación a uno mismo o misma según corresponda⁴⁵.

En concordancia con lo anterior, usuarios o usuarias que se auto-adaptan deben tener los principios para hacer cambios específicos de comportamiento, así como habilidades de toma de decisiones y resolución de problemas⁴⁵. Todos estos son parte de los programas de autogestión y conducen a una auto adaptación exitosa⁴⁵.

De esta forma, se logra observar como hay una estricta relación entre el autocuidado y la autogestión, y cómo a partir del empoderamiento y la participación activa que esta persona tiene sobre la formación de un plan que se enfoque en metas realistas, la misma puede promover acciones, tareas, para mejorar su salud y así lograr los objetivos propuestos. En relación con lo descrito anteriormente, un concepto central en la autogestión es la autoeficacia.

2.4. Autoeficacia

Luego de describir los conceptos de autocuidado y autogestión es importante describir el concepto de autoeficacia, debido a que es un eje medular en la construcción de este marco conceptual, ya que estos conceptos se encuentran estrechamente relacionados.

La autoeficacia es la confianza para llevar a cabo un comportamiento necesario para alcanzar una meta deseada, la autoeficacia aumenta cuando los usuarios o las usuarias logran resolver problemas identificados por sí mismos o mismas³². Este concepto ha sido ampliamente estudiado por Albert Bandura, quien desde los años 70 plantea la teoría de la autoeficacia. Este autor define la autoeficacia como los juicios que poseen las personas con relación a sus capacidades para alcanzar

niveles determinados de rendimiento⁵. Desde entonces, el concepto de autoeficacia ha sido retomado por muchos autores.

Se ha evidenciado que la autoeficacia influye positiva o negativamente en tres factores principales del comportamiento humano: en el ámbito afectivo, como las emociones y los sentimientos, en el ámbito cognitivo, como el pensamiento, y la resolución de tareas, y en el ámbito conductual, como los comportamientos⁴⁶. Es por esta razón que la autoeficacia, como se mencionó anteriormente, determina y predice en gran parte comportamientos y acciones a futuro⁴⁶.

El funcionamiento competente de una persona requiere un equilibrio entre la autopercepción de eficacia y la posesión de los conocimientos necesarios y habilidades requeridas para desenvolverse satisfactoriamente en una determinada actividad⁴⁶. Por lo tanto, se puede afirmar que la autoeficacia tiene que ver con las creencias propias que poseen las personas acerca de las capacidades de aprender o rendir efectivamente en determinada situación, actividad o tarea⁴⁶.

Una característica importante de la autoeficacia es que esta, a diferencia de la autoestima o la confianza en sí mismo o misma, es una tarea específica, y los cambios en la autoeficacia están relacionados con el empoderamiento de la autogestión de las personas⁴⁷. Por esta razón, se puede afirmar que la autoeficacia está estrechamente relacionada con el autocuidado y con la autogestión⁴⁷.

El concepto de autoeficacia se define como lo percibido, como la capacidad para realizar acciones específicas que son necesarias o requeridas para lograr algo concreto, como por ejemplo lograr el propio autocuidado⁴⁷. Se explica que creer

en la capacidad de uno mismo o una misma se convierte entonces en un fuerte indicador de motivación y de comportamiento futuro⁴⁷. Y se hace referencia también a que esa confianza puede ser modificable y puede ser mejorada, a través del dominio del rendimiento, modelado, de la reinterpretación de síntomas fisiológicos y de persuasión social, lo que resulta en una mejora en la conducta, la motivación, patrones de pensamiento, y bienestar emocional⁴⁷.

Por ejemplo, desde 1980 el Centro de investigación The Stanford Patient Education ha estudiado el papel de la autoeficacia como una variable mediadora y moderadora para explicar los resultados de los programas de autogestión en pacientes, se ha investigado el autocontrol de las enfermedades crónicas, ya que se cree que las técnicas diseñadas para mejorar la autoeficacia podrían ser utilizadas para mejorar el autocontrol del paciente que sufre alguna enfermedad crónica⁴⁷.

Se han creado incluso escalas para medir la autoeficacia en las personas, por ejemplo, la escala que plantea Lorig (tema que será abordado más adelante)⁴⁷. En estas escalas están representados un conjunto de comportamientos que se toman en cuenta para el manejo de enfermedades crónicas⁴⁷.

La autoeficacia es un mecanismo efectivo de prevención y promoción de problemas de salud pública, educativos, pedagógicos, laborales, entre otros, por lo que se convierte también en una herramienta necesaria para lograr el autocuidado y la autogestión en las personas que están padeciendo alguna enfermedad como las enfermedades cardiovasculares crónicas, tema en el que se enfocará este trabajo⁴⁷.

De ahí la importancia de analizar la relación inseparable que tiene la autogestión y el autocuidado con la autoeficacia en las personas que padecen alguna enfermedad crónica, ya que la autoeficacia, va a influir positiva o negativamente en la gestión de la salud de las personas, porque es el juicio que la persona tiene sobre su capacidad de desarrollar o no alguna acción o actividad y en este caso el autocuidado se vuelve una actividad necesaria para el adecuado funcionamiento humano, tema que para la enfermería es relevante estudiar, principalmente en aquellas personas que padecen alguna enfermedad crónica, ya que es el tema a desarrollar en este trabajo.

El concepto de autoeficacia cumple un papel fundamental en el desarrollo del estudio, por lo tanto para dar sustento al mismo es importante abordarlo desde personas que lo han estudiado a fondo. Uno de ellos es Bandura, que establece que la autoeficacia influye en la motivación, comportamiento y en la forma en cómo se sienten las personas; una adecuada autoeficacia puede mejorar el bienestar personal al dar la motivación para realizar tareas de alta dificultad, generar mayor tolerancia al fracaso, aumentar los logros personales, disminuir el estrés y vulnerabilidad a padecer de depresión ²⁶.

En contraparte cuando la autoeficacia en las personas es deficiente se perciben las tareas como difíciles, se rinden con mayor facilidad, tienen bajas aspiraciones, débil compromiso con los objetivos y son más susceptibles a sufrir de estrés y depresión ²⁶.

La autoeficacia se desarrolla mediante cuatro fuentes principales de influencia.²³

1. Experiencias de dominio: Consiste en las experiencias personales, es decir cuando se experimenta éxito en una determinada tarea, esto favorece a la consolidación de las creencias en la eficacia personal y cuando se experimentan fracasos se disminuyen las creencias en la eficacia personal²⁶. Sin embargo, cuando las personas experimentan éxito fácilmente desearan obtener resultados rápido y fácil, por ello se hace importante que también se presenten fracasos ya que brindan la oportunidad de superar obstáculos y dificultades, permitiendo desarrollar resiliencia y comprender que el éxito requiere de esfuerzo²⁶.

2. Experiencias indirectas: Las personas pueden desarrollar una autoeficacia alta o baja a través del desempeño de otras personas²⁶. Una persona puede ver a alguien en una posición similar actuar, y luego comparar su propia competencia con la competencia del otro individuo²⁶.

3. Persuasión verbal: La autoeficacia también está influenciada por el estímulo y el desaliento relacionados con el rendimiento o la capacidad de actuación de la persona²⁶. Es decir, recibir comentarios de apoyo y aliento hacia una situación puede influir de manera positiva en el hecho de lograr los objetivos planteados, caso contrario si se reciben críticas, se puede ver disminuida la autoeficacia²⁶.

4. Reacción Emocional: Las personas experimentan sensaciones de su cuerpo y cómo perciben esta excitación emocional influye en sus creencias de eficacia²⁶.

Sentimientos de ansiedad, preocupación o miedo hacia un evento pueden probar que no se logren los objetivos propuestos²⁶.

La eficacia afecta los procesos humanos como lo son:²⁶

Procesos cognitivos: El establecimiento de objetivos se da en base a la autoevaluación de las capacidades; entre mayor sea la autoeficacia, mayor será el compromiso por lograr los objetivos planteados²⁶. Dándose así el procesamiento cognitivo del pensamiento, donde las personas que poseen una alta autoeficacia visualizan el éxito y las que dudan de su eficacia piensan en factores que pudieran salir mal y visualizan escenarios de fracaso, determinando de esta manera las acciones que tomarán los individuos²⁶.

Procesos motivacionales: Existen tres formas diferentes de motivación cognitiva; la primera es la atribución que consiste en que las personas altamente eficaces atribuyen sus fracasos a esfuerzos insuficientes y las que se consideran ineficaces atribuyen sus fracasos a su baja capacidad, la segunda es la expectativa de valor en el que la motivación depende de lo que se espera del resultado y el valor que este tenga y la tercera es el logro de metas en el que la persona realiza acciones y crea incentivos con el fin de perseverar en los esfuerzos para el logro de metas²⁶.

Procesos afectivos: Las personas que saben manejar las situaciones de amenaza no experimentan pensamientos de ansiedad ya que saben controlar los pensamientos de estrés y depresión, amortiguando así los efectos adversos de los estresores crónicos, trayendo satisfacción a sus vidas, sin embargo aquellas que no

pueden manejar las situaciones de amenaza experimentan una gran ansiedad y se preocupan con facilidad, por lo que para poder contrarrestarlo deben fortalecer la autoeficacia, hacer frente a la amenaza y desmentir sus peores temores²⁶. Ya que el enfrentarse a factores estresantes sin la capacidad de controlarlos perjudica el sistema inmune, aumentando la susceptibilidad a la infección, favoreciendo al desarrollo de trastornos físicos y acelerando la progresión de enfermedades. Sin embargo, una alta eficacia permite promover la salud por medio de estilos de vida saludables, reduciendo los hábitos que deterioran la salud, mejorando su calidad de vida y previniendo la aparición de enfermedades cardiovasculares²⁶.

Procesos de selección: La eficacia influye en las elecciones de las personas, dictando el curso que tomarán sus vidas, evitando las actividades que creen no tener la capacidad de afrontar o emprenden actividades desafiantes que creen ser capaces de manejar, generando una importante fuente de crecimiento personal²⁶.

En la edad adulta joven la autoeficacia tiene gran utilidad, ya que es una etapa en la que las personas se enfrentan a nuevos cambios, como lo es la elección de una carrera ocupacional, el establecimiento de una relación matrimonial, la paternidad o maternidad, e ingreso al área laboral²⁶. Aquellas personas con una alta eficacia podrán enfrentar y alcanzar con éxito las nuevas competencias, sin embargo las que se encuentren mal equipadas en habilidades, con dudas y baja autoeficacia, visualizarán las situaciones de la vida adulta como estresantes y deprimentes²⁶.

Por otra parte las personas adultas mayores sufren disminución de sus capacidades físicas, cognitivas, memoria y funciones biológicas, disminuyendo así la confianza en sus capacidades, reduciendo el alcance de actividades, saboteando sus esfuerzos, llevando a un bajo rendimiento intelectual, generando así una pérdida progresiva de sus habilidades e intereses²⁶. Por ello, es importante la autoeficacia percibida, ya que así se podrá fortalecer y contribuir a preservar las capacidades sociales, físicas e intelectuales a lo largo de la vida, motivándolos a realizar un mayor esfuerzo cognitivo para favorecer a su recuperación, permitiéndoles llevar una vida mucho más productiva y decidida ²⁶.

Como se ha mencionado, la autoeficacia y todos los conceptos asociados cumplen un papel de trascendencia en el desarrollo de este trabajo, de igual manera es importante definir cuál es la población meta, y la relación que tiene con los conceptos antes desarrollados, ya que será la interacción de estos parte del desarrollo del seminario.

2.5. Salud Laboral

La población trabajadora o económicamente activa es definida como un grupo constituido por todas las personas, de uno u otro sexo, que suministran la mano de obra disponible para la producción de bienes y servicios⁴⁸. Estas personas trabajan en entornos laborales que idealmente deben ser saludables, estos entornos pueden influir de forma significativa sobre la población trabajadora y su salud, ya que es un factor que puede modificarla⁴⁸.

Un entorno laboral saludable es aquel lugar donde todos y todas trabajan unidos para alcanzar una visión conjunta de salud y bienestar para los trabajadores, las trabajadoras y la comunidad⁴⁹. Esto proporciona a todos los miembros de la fuerza de trabajo, condiciones físicas, psicológicas, sociales y organizacionales que protegen y promueven la salud y la seguridad⁴⁹. Esto permite a los jefes y trabajadores tener cada vez mayor control sobre su propia salud, mejorarla y ser más energéticos, positivos y felices ⁴⁹.

Este entorno laboral saludable es un gran influyente en la vida de la persona y su salud, ya que puede brindar herramientas al trabajador para mejorar su autocuidado, autogestión y autoeficacia. Por ejemplo, en el caso de personas con enfermedades cardiovasculares crónicas que requieren tener el control de su enfermedad, este entorno debe promover en la persona el apego a la medicación, al manejo de sus síntomas, a tener un puesto de salud al cual puedan acudir para consultar algún problema o a dar seguimiento al plan que tienen para mejorar sus estilos de vida y por lo tanto mejorar su calidad de vida⁵⁰. Además, la población trabajadora se encuentra dentro de los rangos de edad en los cuales surgen las enfermedades crónicas, especialmente las cardiovasculares, las cuales son entre los 20 y 64 años, indicadas por la Caja Costarricense de Seguro Social⁵⁰.

La persona al estar en su trabajo la mayor parte del día, puede presentar los factores de riesgo anteriormente mencionados como lo son: la inactividad física, la alimentación inadecuada, consumo de alcohol y tabaco⁵⁰. Por ello, la Caja Costarricense de Seguro Social⁵⁰ menciona que el reto actual es promover

programas que se enfoquen en el control y prevención de estas enfermedades, también de la prevención de la incapacidad y mortalidad prematura asociada a estas. Estos programas se vuelven fundamentales en los entornos laborales de las personas para disminuir la incidencia que tienen estas enfermedades prevenibles, para hacer de estos ámbitos más saludables y comprometidos con el bienestar de cada uno de sus integrantes, como lo menciona su definición⁵⁰.

Asimismo, un entorno laboral saludable permite a sus integrantes tener mayores niveles de motivación, no solo en su trabajo sino en su vida en general, ya que la persona tiene los recursos para enfrentar adecuadamente sus problemas, preocupaciones, estrés, entre otros¹². De igual forma, la institución se puede ver beneficiada ya que sus trabajadores van a tener mayor rendimiento y mayor motivación para alcanzar sus objetivos ¹². Cada uno de estos entornos requiere de profesionales en salud que se encarguen de brindar educación, supervisión y orientación a cada una de las personas, además de basar su intervención en el cuidado colaborativo, para así fortalecer la autogestión y por lo tanto el autocuidado de las personas¹².

De acuerdo con lo anterior, al fomentar el empoderamiento de la persona en cuanto a su autogestión logrará que la persona trabajadora mejore su autoeficacia y con ello logre cambiar comportamientos que ayuden a mejorar su salud y alcanzar los objetivos personales y laborales¹². La autoeficacia, entonces, se convierte en esa herramienta que las personas tienen para fortalecer su

autocuidado y autogestión, fundamentalmente abordando los tres aspectos en esta población trabajadora y su entorno laboral¹¹.

Resumen

Las enfermedades de tipo crónico, dentro de las cuales figuran los padecimientos cardiacos, respiratorios, el cáncer y la diabetes, actualmente afectan gran parte de la población mundial sin discriminar el género ni la edad³⁰. Las características que sobresalen de la enfermedad crónica son: su larga duración, la posibilidad de se manifieste durante toda la vida, así como la influencia de la herencia y el estilo de vida como factor de riesgo para la aparición de la enfermedad o bien para la presencia de complicaciones cuando ya haya existido un diagnóstico previo³⁰.

Haciendo referencia a las enfermedades cardiovasculares crónicas, entendidas como “un grupo de desórdenes del corazón y de los vasos sanguíneos”³³, sobresale que son los padecimientos crónicos que más se presentan en la población. Dentro de este grupo de enfermedades se encuentran la cardiopatía coronaria, accidentes cerebrovasculares, arteriopatías periféricas, cardiopatías reumáticas, cardiopatías congénitas, trombosis venosa profunda y embolia pulmonar³³. De igual manera, figuran como principales factores de riesgo las dietas no saludables, tabaquismo, inactividad física, hipertensión arterial, dislipidemia, obesidad, sobrepeso y diabetes los cuales están asociados al estilo de vida de las personas, considerados como factores fisiológicos y bioquímicos que son modificables³³.

Queda evidenciada la importancia de la modificación de los factores de riesgo para la prevención de la aparición de las enfermedades cardiovasculares crónicas o bien para la prevención de complicaciones una vez que éstas ya se hayan manifestado, ante esto surge la relevancia del abordaje por parte de los y las profesionales de enfermería de esta temática mediante acciones que generen conductas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad en los usuarios y las usuarias. Para el manejo y control de las enfermedades cardiovasculares crónicas se plantea el abordaje de tres conceptos que se interrelacionan: autocuidado, autogestión y autoeficacia.

El autocuidado se refiere a todas las actividades que las personas realizan para promover su propia salud, prevenir su propia enfermedad, limitar su propia enfermedad y restaurar su propia salud sin la asistencia de un profesional de la salud⁴³. La autogestión se refiere a la capacidad del usuario o usuaria para participar en su tratamiento o atención, no es vista como un conjunto de acciones sino como un proceso que requiere de una constante capacitación⁴⁵. Como tercer concepto se desprende la autoeficacia, punto central de la presente investigación, la cual se relaciona con la confianza y creencias que posee una persona para realizar una acción o lograr un objetivo²⁶.

Como se menciona, los tres términos poseen una relación estrecha y pueden ser estudiados y trabajados de tal manera que permita analizar el estado de salud de una persona o población específica y llevar a cabo acciones que contribuyan a un adecuado manejo de las enfermedades y un mejoramiento en el estado de salud.

Finalmente, se destaca la intervención de la población adulta trabajadora en cuanto al manejo y control de las enfermedades cardiovasculares crónicas, las personas trabajadoras son las que suministran mano de obra para la producción de bienes y servicios⁴⁸, además se rescata el papel que tiene un entorno laboral saludable sobre la persona, cómo es indispensable abordar a esta población desde un enfoque promotor del autocuidado, autogestión y autoeficacia para que mejoren su salud⁵⁰.

Capítulo III

3. Marco Metodológico

En este capítulo se expone la parte metodológica que brinda una guía en el proceso del seminario, la cual se compone de la fase investigativa y la fase reflexiva. Primeramente en la fase investigativa se explica y se describe el diseño de investigación, la población y muestra, los criterios de elegibilidad, estrategias de reclutamiento y selección, instrumentos y técnicas y análisis. Posteriormente, se presenta la fase reflexiva donde se describen, las actividades realizadas: un taller y dos foros presenciales, seguido de las funciones y distribución de los y las miembros del seminario. Finalmente se indican las consideraciones éticas.

3.1. Modalidad

La modalidad de este trabajo es el seminario de graduación, que según el artículo 11 del Reglamento de Trabajos Finales de Graduación de la UCR es una actividad académica valorada en cuatro créditos que se ofrece a lo largo de uno, dos o tres ciclos consecutivos, como máximo, a un grupo de estudiantes no menor de tres ni mayor de seis quienes, mediante su participación reiterada alrededor de algún problema científico o profesional, se familiarizan con las teorías y métodos de investigación propios de la disciplina y su aplicación a casos específicos bajo la guía del director o directora del trabajo ⁵¹.

El seminario es descrito como una práctica pedagógica, un medio de comunicación, una reunión de personas que se encuentran para conversar sobre un

tema específico y desean compartir los logros, aciertos y desaciertos encontrados en el camino de la investigación, motivo del encuentro⁵². Todo investigar es un permanente descubrir⁵².

De acuerdo a estas definiciones el seminario se divide en dos fases: la primera es la fase investigativa y la segunda es la fase reflexiva, esto para cumplir con los propósitos de esta modalidad.

3.2. Fase Investigativa

El presente seminario es parte del proyecto 421-B6-344, titulado *Características Psicométricas de la Escala de Autoeficacia para el Manejo de Enfermedades Crónicas en personas con enfermedad cardiovascular, funcionarias en el sector universitario de Costa Rica*, el cual está activo y lo están realizando los y las investigadores de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica: Dra. Ana Laura Solano (Investigadora Principal), Dr. Derby Muñoz, Dra. Vivian Vilchez, Dr. Noé Ramírez (Investigadores Asociados), y el investigador del Instituto de Investigaciones Psicológicas el Dr. Benjamín Reyes (Investigador Asociado).

Dicho proyecto fue aprobado por la Escuela de Enfermería de la UCR en el Programa de Investigación en Enfermería, además se encuentra adscrito al Instituto de Investigaciones Psicológicas en el Grupo de Salud, y presenta una vigencia del 1/7/16 al 28/2/20. Igualmente, el proyecto cuenta con un presupuesto ordinario proveniente de Vicerrectoría de Investigación.

Este proyecto se dirige a las personas adultas trabajadoras con enfermedades cardiovasculares crónicas, funcionarias en el sector universitario en Costa Rica. De esta manera, es relevante mencionar los objetivos de dicho proyecto, que son los siguientes:

Objetivo general:

Determinar las características psicométricas de la Escala de Autoeficacia para Enfermedades Crónicas en personas con enfermedad cardiovascular, funcionarias en el sector universitario en Costa Rica.

Objetivos específicos:

1. Traducir al idioma español la Escala de Autoeficacia para Enfermedades Crónicas.
2. Determinar la validez conceptual de la Escala de Autoeficacia para Enfermedades Crónicas en personas con enfermedad cardiovascular, funcionarias en el sector universitario en Costa Rica.
3. Establecer la confiabilidad interna, temporal, y validez de la Escala de Autoeficacia para Enfermedades Crónicas en personas con enfermedad cardiovascular, funcionarias en el sector universitario en Costa Rica.

El presente seminario busca colaborar en el tercer objetivo, al proveer al grupo investigador datos importantes con respecto a la autoeficacia para el manejo de enfermedades crónicas en personas con enfermedad cardiovascular, para dar

inicio a los procesos de validación. A continuación, se detallarán los componentes investigativos del seminario.

3.2.1. Diseño de la investigación:

Como parte de la etapa investigativa del seminario, se realizó una investigación cuyo diseño es cuantitativo descriptivo, el cual busca especificar las propiedades, características y perfiles de personas, grupos, comunidades, procesos, objetos o cualquier otro fenómeno que se someta a un análisis⁵³. Recauda o mide información de manera independiente o conjunta de las variables a las que se refiere, sin indicar la relación que existe entre ellas, ya que no se encuentra dentro de sus objetivos⁵³. Además, es transversal ya que busca recopilar datos, describir variables y analizar su incidencia en un momento dado ⁵³.

3.2.2. Población y muestra

La población total aproximada del presente proyecto es de 3649 personas. El muestreo fue realizado a conveniencia, el cual permite seleccionar aquellos casos accesibles que acepten ser incluidos⁵⁴. Esto, fundamentado en la conveniente accesibilidad y proximidad de los sujetos para el investigador o investigadora⁵⁴.

El proyecto principal del cual se desprende este seminario, tenía la meta de que la muestra fuera de 200 usuarios y usuarias de los servicios de salud de la UNA (campus ubicado en la provincia de Heredia), esto porque la escala que inicialmente se iba a validar era la que contenía 33 ítems. Por lo que el tamaño de la muestra fue estimado usando la regla de $N:q$ ⁵⁵, que dice que considerando el

número de parámetros que van a ser estimados (i.e., 33 preguntas en la escala) se necesitan de 5 a 10 personas por cada uno de ellos para impactar los índices de ajuste estadístico y lograr suficiente poder⁵⁶. Por lo que con un ratio de 33:5, la muestra mínima debe ser de 165 personas. Sin embargo, se decide considerar que la muestra final puede ser de hasta 200 personas (20% adicional de la muestra mínima), porque este valor se ajusta a las recomendaciones para estudios de investigación social sobre temas poco estudiados usando encuestas⁵⁷. Sin embargo, como el instrumento se cambió por el de 6 y 4 ítems, siguiendo la proporción 6:5 o 6:10, la muestra final va desde un rango mínimo de 30 hasta un máximo de 60 personas. Considerando el 20% adicional con respecto al máximo, la muestra estimada serían 72 personas. Finalmente para el presente estudio se obtuvo una muestra total de 69 participantes.

3.2.3. Criterios de elegibilidad

Criterios de inclusión

Los y las participantes deben ser:

- (a) funcionarios o funcionarias de la UNA,
- (b) diagnosticados con al menos una enfermedad cardiovascular crónica, incluyendo, Hipertensión Arterial, Diabetes Mellitus, Antecedentes de infarto agudo de miocardio, Antecedentes de evento cerebro vascular, Dislipidemia, Insuficiencia Renal, Cáncer, Cardiopatía crónica, Enfermedad cerebrovascular, Arteriopatía periférica, Cardiopatía reumática, Cardiopatía congénita, Trombosis venosa profunda o embolia pulmonar,

- (c) tener al menos seis meses de haber sido diagnosticado con la enfermedad,
- (d) ser mayor de 18 años y
- (e) no haber participado en la fase cualitativa del proyecto.

Criterios de exclusión

- a. Personas que padezcan alguna discapacidad cognitiva.
- b. Preclampsia.

3.2.4. Estrategias de reclutamiento y selección de la muestra

Se emplearon diferentes estrategias para reclutar a los y las participantes, incluyendo afiches digitales y en físico, realización de stands, interacciones cara a cara durante actividades institucionales, y la utilización del sistema de divulgación institucional (e.g., correo electrónico) (Ver anexo 1). Todos los materiales de reclutamiento incluían la información del estudio y del equipo de investigación.

A continuación se detalla el proceso de reclutamiento de los datos, mencionado en la bitácora (Ver anexo 2). Como primer paso para el reclutamiento y recolección de los datos se procedió a solicitar una cita para la capacitación en el uso de la plataforma Limesurvey, con el fin de realizar la encuesta en línea. Se hicieron 3 sesiones de capacitación, y posteriormente se realizó trabajo independiente por parte de los y las estudiantes investigadores para la elaboración de los ítems que iba a contener la encuesta.

Finalmente, se llevo a cabo una última sesión, con el propósito de finiquitar detalles en los ítems y sus respectivas respuestas, además de activar la encuesta en

línea. Luego, se le realizó una prueba a la encuesta, la cual fue hecha por los y las 6 estudiantes investigadores, consistió en completar la encuesta en su totalidad, para comprobar la funcionalidad y comprensión de la misma y así tener la seguridad de que estaba lista para ser utilizada con la muestra.

Respecto a la selección de la muestra, en la encuesta en línea y previo al inicio del proceso de consentimiento informado, se le presentaron varios criterios de inclusión (poseer diagnóstico de al menos una enfermedad cardiovascular crónica) que la persona debía definir si cumplía o no. Seguidamente, los y las participantes que cumplían los criterios de inclusión continuaban con el proceso de consentimiento y recolección de datos, ya que la encuesta en línea solamente permitía continuar a aquellos o aquellas que cumplían dichos requisitos.

De acuerdo con lo anterior, si cumplían con los respectivos requisitos se proseguía con la sección que contenía las preguntas sociodemográficas que permitían caracterizar la población, seguido de la sección que contenía la Escala de Autoeficacia para Enfermedades Crónicas en su versión reducida de 6 ítems, la Escala de Apreciación de la Agencia de Autocuidado versión validada en Costa Rica y la Escala de Calidad de Vida relacionada con Salud (SF-12). Es importante rescatar que se aplicaron todas estas escalas a la muestra descrita, sin embargo para este seminario, sólo se utilizaron los datos sociodemográficos y la Escala de Autoeficacia para Enfermedades Crónicas.

Continuando con el proceso de reclutamiento de datos, se realizó una reunión con la Dra. Ruth Víquez, médico general del Departamento de salud de la Universidad Nacional, con el objetivo de realizar el primer contacto, comentarle

acerca del trabajo final de graduación y sobre la encuesta, además de conocer las condiciones de salud de la población e indagar sobre los principales focos de población funcionaria para el envío de la encuesta. Este mismo día se procedió a entregar el link de la encuesta en línea a la Dra. para su correspondiente envío a los funcionarios y las funcionarias, el mismo se envió en dos fechas distintas para promover la recolección de los datos.

Posteriormente, se procedió a realizar una visita a la UNA con el fin de colocar afiches con información referente a la encuesta en línea (Ver anexo 3), además se realizó la entrega de las cartas a los directores o a las directoras de los Departamentos de Servicios Generales (Seguridad Institucional, Transporte, Oficina Postal) Facultad de Filosofía y Letras, facultad de Ciencias Sociales, Centro de Gestión Tecnológica, Dirección de Tecnologías de Información y Comunicación, Recursos Humanos, Centro de Gestión Informática, las cuales tenían el objetivo de brindar información y solicitar la colaboración necesaria para llevar a cabo el trabajo de campo correspondiente.

A partir de la activación de la encuesta en línea y el envío del correo masivo por parte del Departamento de Salud de la UNA, con el link de la encuesta se logró observar como la primera semana hubo una buena respuesta por parte de la muestra.

Seguidamente se planea un Taller de Autoeficacia (Ver anexo 4) para el grupo conformado por las personas con enfermedades crónicas de la UNA, sin embargo este se reprograma para una semana después y fue realizado con éxito,

aprovechando el mismo para llenar encuestas con las personas que participaron y que cumplieran con los criterios de elegibilidad.

Como otra estrategia para aumentar la recolección de datos se procede a planear una Feria de la Salud, para la cual nos indican los permisos necesarios para realizarla. Se solicitó cooperación de algunos TCU de la UCR para abarcar diferentes temas referentes a la salud y afines al tema de investigación, dentro de ellos se encontraban: autoeficacia, deporte y recreación, autoconocimiento, envejecimiento activo, y prevención del cáncer gástrico. También se coordinó para la solicitud de los implementos necesarios para su desarrollo, incluyendo el transporte, sin embargo esta no se pudo realizar en las fechas planeadas ya que la UNA se encontraba cerrada, por lo cual fue necesario reprogramarla.

Para esta ocasión, se procedió a organizar solo un stand, ya que se contaba únicamente con la presencia de los y las estudiantes investigadores, en la Plaza de la Diversidad de la UNA, en el cual se impartieron los siguientes temas: Autoexamen de mama y testículos, prevención del cáncer de piel, estilos de vida saludable, cuidados y manejo de la diabetes e hipertensión. Además, se contaba con el equipo para la toma de presión y material impreso para anotar los resultados (Ver anexo 5).

De igual forma, se asistió a la invitación realizada por parte de la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicación (DTIC), que también fue reprogramada, pero que como resultado final se logró tener el contacto con los y las participantes.

Finalmente, en una visita al departamento de recursos humanos para recolectar datos, se logra coordinar la participación del grupo de los y las estudiantes investigadores en un tamizaje que se planeaba realizar a este departamento, este consistía principalmente en el control de peso, hipertensión y diabetes. Por lo tanto, se asistió a este tamizaje para aprovechar el espacio y la afluencia de funcionarias y funcionarios trabajadores, así identificar quienes cumplieran con los criterios de inclusión y con ello completar la encuesta.

A continuación, en la figura 1, se muestra el diagrama de reclutamiento que se realizó durante la fase investigativa:

Figura 1.

Diagrama de reclutamiento

Total de funcionarios y funcionarias de la Universidad Nacional	{	N= 3649
Total funcionarios y funcionarias de la Universidad Nacional que ingresaron a la encuesta	{	N= 342
Total de funcionarios y funcionarias de la Universidad Nacional que indicaron que padecen alguna enfermedad cardiovascular crónica	{	N= 141
Total de funcionarios y funcionarias de la Universidad Nacional que respondieron Sí al consentimiento informado	{	N= 90
Total de funcionarios y funcionarias de la Universidad Nacional que completaron la escala de autoeficacia	{	N= 71 -2 participantes repetidos: N= 69

3.2.5. Instrumentos y técnicas

3.2.5.1. Escala de Autoeficacia para el Manejo de Enfermedades Crónicas

La Escala de Autoeficacia fue desarrollada por Lorig, Stewart, Ritter, González, Laurent, y Lynch (1996) como parte de un estudio para el automanejo de la enfermedad crónica⁴⁷. Se realizaron para ello un set de diez escalas para medir tipos específicos de autoeficacia relacionada a tareas para el manejo de enfermedades crónicas, éstas incluyeron autoeficacia para (a) ejercitarse regularmente, (b) obtener información acerca de la enfermedad, (c) obtener ayuda de la comunidad, amigos, y familia, (d) comunicarse con el médico, (e) manejar la enfermedad en general, (f) hacer labores de la casa, (g) participar en actividades sociales y recreativas, (h) manejar los síntomas, (i) manejar la depresión, y (j) manejar la dificultad respiratoria. Un total de 33 preguntas fueron incluidas en la escala, las cuales a su vez fueron agrupadas en los siguientes tres dominios: Automanejo de los síntomas (11 ítems), Autoeficacia (5 ítems), Resultados (17 ítems)⁴⁷.

Posteriormente, se determinó que existía una correlación entre la autoeficacia para controlar los síntomas y la autoeficacia para manejar la enfermedad, por lo que se sugirió que estas medidas, al estar tan estrechamente relacionadas, podrían evaluarse como una sola escala, además, con la reducción de la cantidad de preguntas se reduciría la carga del cuestionario sobre los y las participantes ⁴⁷. Esto dió como resultado una escala de 6 ítems, y es una de las escalas que será

utilizada en este seminario. Esta escala ha resultado exitosa y ha sido utilizada en numerosas evaluaciones de autogestión de enfermedades crónicas⁴⁷.

Poco después de la creación de la escala original las preguntas fueron traducidas al español, sin embargo los resultados revelaron que los ítems 5 y 6 de la escala no contribuían tanto como los demás y se redujo ligeramente su confiabilidad, por lo tanto una escala de 4 ítems fue la que se determinó para la evaluación de la autoeficacia en la lengua española. La escala de 6 ítems o SEMCD (Self-Efficacy to Manage Chronic Disease Scale) y la escala de 4 ítems o SEMCD-S (Spanish-language version of SEMCD) fueron utilizadas en este seminario. El SEMCD (Ver anexo 6) consta de seis ítems en una escala de 1 a 10, donde el 1 correspondía a "no del todo seguro" y 10 "totalmente confiado" y la escala de 4 que consta de los primeros 4 ítems del SEMCD traducidos al Español (Ver anexo 6)⁴⁷.

La escala de autoeficacia de 4 ítems ha sido probada en 551 sujetos de habla hispana. Como se explicó anteriormente, presenta un número de ítems de 4, con un rango observado de 1-10. Además tiene confiabilidad de 0.933⁵⁸.

Por otra parte, la validez de la escala fue determinada a través de una muestra de 1,130 personas participantes del Programa para el Automanejo de la Enfermedad Crónica. Donde los resultados del análisis estadístico indicó un alto nivel de validez de convergencia para las preguntas, debido a que la totalidad de correlaciones ítem-escala fueron superiores a 40⁵⁹.

Las dos escalas poseen una estructura unidimensional, y se ha demostrado que son confiables y parecen ser instrumentos muy válidos para evaluar la autoeficacia en el manejo de la enfermedad crónica, el Alfa de Cronbach para la escala de Autoeficacia de 6 ítems fue de 0.92 y para la escala de Autoeficacia de 4 ítems fue de 0.93, además hubo una notable coherencia en una variedad de estudios de diferentes países que utilizan dos idiomas⁴⁷.

La escala de Autoeficacia de 6 y 4 preguntas presenta una calificación de los enunciados en un rango de 1-10. Para determinar este puntaje se suman todos los ítems y se divide el resultado entre el número de ítems, de modo que el puntaje de las escala es la media de los seis o cuatro ítems, dependiendo de la escala que se esté utilizando⁵⁸.

3.2.5.2. Variables

Las variables que se tomaron en cuenta para la investigación corresponden a aspectos sociodemográficos y la autoeficacia, lo anterior se presenta detallado en la

Tabla 1
Variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala	Nivel de medicación
Autoeficacia	Los juicios que poseen las personas con relación a sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento.	Escala de Autoeficacia para Enfermedades Crónicas	Unidimension al	<p>En una escala del 1 al 10 donde 1 es muy inseguro(a) y 10 es muy seguro(a): ¿Qué tan seguro(a) se siente usted de poder evitar que la fatiga o cansancio debido a su enfermedad interfiera con las cosas que quiere hacer?</p> <hr/> <p>En una escala del 1 al 10 donde 1 es muy inseguro(a) y 10 es muy seguro(a): ¿Qué tan seguro(a) se siente usted de poder evitar que las dolencias debido a su enfermedad interfieran con las cosas que quiere hacer?</p> <hr/> <p>En una escala del 1 al 10 donde 1 es muy inseguro(a) y 10 es muy seguro(a): ¿Qué tan seguro(a) se siente usted de poder evitar que el estado emocional debido a su enfermedad interfiera con las cosas que quiere hacer?</p> <hr/> <p>En una escala del 1 al 10 donde 1 es muy inseguro(a) y 10 es muy seguro(a): ¿Qué tan seguro(a) se siente usted de poder evitar que algunos otros síntomas o problemas de salud que tiene interfieran con las cosas que quiere hacer?</p> <hr/> <p>En una escala del 1 al 10 donde 1 es muy inseguro(a) y 10 es muy seguro(a): ¿Qué tan seguro(a) se siente usted de poder realizar diferentes actividades o tareas necesarias para manejar su condición de salud a fin de reducir su necesidad de acudir al centro de salud?</p>	Escala Likert	Categoría

En una escala del 1 al 10 donde 1 es muy inseguro(a) y 10 es muy seguro(a):

¿Qué tan seguro(a) se siente usted de que pueda hacer cosas (distintas a solo tomar medicamentos) para reducir el efecto de su enfermedad en su vida diaria?

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Escala	Nivel de medición
Datos socio demográficos	Son aquellos aspectos sociales y demográficos que caracterizan a las personas, a partir de estos se analiza el contexto en el que se desenvuelve cada individuo.	Instrumento que determina las características socio-demográficas de la población en estudio	Unidimensional	¿Su padre y/o madre padecen de alguna de las enfermedades mencionadas anteriormente?	Elaboración propia	Pregunta cerrada
				¿Cuál?		Pregunta abierta
				¿Toma usted algún medicamento?		Pregunta cerrada
				¿Cuál medicamento?		Pregunta abierta
				¿Lleva usted el control médico de las enfermedades que padece?		Pregunta cerrada
				¿En qué lugar o centro de salud?		Pregunta abierta
				¿Pertenece a algún grupo de apoyo para alguna de sus enfermedades?		Pregunta cerrada
				¿Cuál?		Pregunta abierta
				¿Cuál es su edad actual?		Pregunta abierta
				¿Cómo se identifica a sí mismo? Hombre Mujer Prefiero no contestar Otro:		Pregunta abierta
¿Cuánto tiempo tiene de laborar en la Universidad Nacional (UNA)? (años)	Pregunta abierta					

¿Cuántas horas trabaja por semana para la UNA?	Pregunta abierta
¿Qué tipo de nombramiento contrato tiene con la UNA? Propiedad/plaza Interino/temporal Otro: Sin respuesta	Pregunta abierta
¿Cuál es su país de origen? Costa Rica Otro: Sin respuesta	Pregunta abierta
¿Cuál es su nivel educativo? Primaria incompleta Primaria complet Secundaria incompleta Secundaria completa Universitaria incompleta Universitaria completa Técnica Otro	Pregunta abierta
¿Cuál es su estado conyugal? Soltero (a) Casado (a) Divorciado (a) Separado (a) Unión libre Viudo (a) Otro: Sin respuesta	Pregunta abierta
¿Es usted el principal sostén económico de la vivienda donde vive?	Pregunta cerrada

3.2.5.2. Análisis de datos

El tipo análisis que se utilizó para los datos es estadístico descriptivo, “el nivel descriptivo está referido al estudio y análisis de los datos obtenidos en una muestra (n) y como su nombre lo indica describen y resumen las observaciones obtenidas sobre un fenómeno, un suceso o un hecho”⁶⁰.

Se llevó a cabo la descripción de los datos obtenidos a partir de la aplicación de la Escala de Autoeficacia, además se realizó el análisis según las variables de sexo y edad, esto con el fin de contrastar los resultados de la presente investigación con los datos mostrados en los antecedentes antes mencionados.

En cuanto a los indicadores se utilizaron las tablas de frecuencia, “las cuales representan la distribución de un conjunto de elementos de acuerdo a las categorías de una variable”, en ellos también puede observarse la frecuencia de cada uno de los valores⁶⁰.

Otro de los indicadores que se utilizaron son los gráficos estadísticos, que por medio de sus representaciones pictóricas, ya sean figuras geométricas o de superficie, tienen como objetivo mostrar magnitudes, cambios de una variable, comparar dos o más variables relacionadas⁶⁰. Se utilizaron gráficos de barras comparativas⁶⁰.

Asimismo, se utilizó la media aritmética o como muchos denominan el promedio de los datos hallados, esta se define como “la clase que determina el

centro de gravedad de un conjunto de datos, es decir es el valor más representativo”⁶⁰.

Finalmente, como indicador de la dispersión de los datos se usó la desviación estándar, la cual “es la medida de dispersión más utilizada y confiable, es igualmente un promedio de las desviaciones de los datos pero elevados al cuadrado”⁶⁰.

3.3. Fase reflexiva

El objetivo de esta fase fue favorecer una reflexión exhaustiva del tópico de la presente investigación, por medio de la ejecución de tres actividades que permitieron comprender mejor los resultados que se obtuvieron a partir de la fase investigativa. A continuación se mencionan las estrategias utilizadas:

3.3.1. Taller

El taller es una forma pedagógica que pretende la integración teórica práctica, una instancia para analizar problemas específicos e integrar conocimientos⁶¹. El taller permite la reflexión integral del contenido y de los procesos de la propia personalidad⁶¹. Se caracteriza por el trabajo coordinado y cooperativo de un conjunto cuyo crecimiento depende de la actividad movilizadora en torno a las tareas; el resultado final de esta acción de grupo debe ser la transformación del individuo, del grupo y de la realidad que les rodea, por eso el resultado no es sólo de conocimientos e ideas nuevas, sino que genera un crecimiento en los procesos de aprendizaje, en la concepción de la realidad y en los recursos personales⁶¹.

El taller estuvo a cargo de las y los estudiantes investigadores y fue implementado en personas funcionarias de la Universidad Nacional con enfermedad cardiovascular crónica que forman parte del grupo de usuarios y usuarias con enfermedad crónica de la institución, además son parte de la muestra del presente estudio. La sesión tuvo una duración de tres horas y su objetivo fue analizar el concepto de autoeficacia y su relación con el manejo de las enfermedades cardiovasculares crónicas.

Inicialmente se realizó una actividad rompehielo denominada “Mi persona de confianza” en la cual los y las participantes debían de mencionar su nombre, el departamento en el que trabajaban y quien eran las personas en las que más confiaban, esto con el objetivo de dar un preámbulo del tópico que se iba a abordar posteriormente, una de la finalidad de la dinámica era que al concluir el taller se iba a volver a realizar la pregunta para que a partir de los conocimientos adquiridos durante la actividad el o la participante refiriera que una de las personas en la que se debe confiar principalmente es en sí mismas. La segunda dinámica denominada “Valorando la autoeficacia” se llevó a cabo por medio de un tangrama, se plantearon diferentes desafíos con la finalidad de evaluar las cuatro fuentes principales de influencia de la autoeficacia en los y las participantes.

En la tercera sección llamada “Describiendo mis hábitos diarios” los y las participantes enlistaron una serie de hábitos relacionados con su estilo de vida: alimentación, actividad física, adherencia al tratamiento, descanso, recreación, manejo del estrés y bienestar emocional, esto a partir de las siguientes preguntas:

¿Cuántas comidas realizo al día?, ¿mi alimentación es balanceada?, ¿cuántas horas a la semana realizo actividad física?, ¿considero que es suficiente?, ¿cumpló con mi tratamiento adecuadamente?, ¿sufro constantemente de estrés?, si es así ¿realizo actividades para disminuirlo?, ¿sufro constantemente de dolor?, si es así ¿realizo alguna acción para disminuirlo?, ¿dedico el tiempo suficiente para recrearme y tener una adecuada salud mental?. El propósito planteado fue que las personas realizaran un análisis sobre los hábitos que tenían y cómo éstos influyen en su estilo de vida.

Como cuarto punto, se realizó una exposición sobre la temática de la autoeficacia cuya finalidad era explicar más a detalle el concepto y características de la autoeficacia a los y las participantes, las cuatro fuentes principales de influencia a partir de las cuales se desarrolla la autoeficacia y algunos procesos humanos que afectan la misma.

Seguidamente, se mostró al grupo un video relacionado con la importancia de la autoeficacia y el reconocimiento de las capacidades para el logro de objetivos, esto con el fin de fortalecer los conocimientos adquiridos durante la sesión. Se realizaron las siguientes preguntas a los funcionarios y las funcionarias: ¿qué pensaron mientras veían el video?, ¿cómo relacionan la educación brindada sobre autoeficacia con cada escena del video? y ¿cómo lo podrían relacionar con su vida?.

La sexta dinámica consistió en un conversatorio titulado “Autoeficacia y Salud” que tenía como objetivo el reflexionar sobre la relación de la autoeficacia con el manejo óptimo de la salud. Se llevó a cabo un ejercicio de

autoconocimiento en el que se plantearon las siguientes interrogantes: ¿cuáles son mis cualidades?, ¿cómo se relaciona la pregunta anterior con mi comportamiento ante el manejo de mi salud?, ¿considero que soy autoeficaz con respecto al manejo de mi salud?, ¿hay aspectos que debo mejorar para beneficio de mi salud?, ¿en qué personas puedo confiar?. Posteriormente las personas tuvieron un espacio para compartir sus respuestas y sus experiencias con sus compañeros y compañeras y con el equipo investigador.

Finalmente, se efectuó una sección llamada “Construyendo mi autoeficacia”, su finalidad fue el implementar estrategias que fortalecieran la autoeficacia de las y los participantes del taller. Cada persona debía escribir en un papel los hábitos ideales que se comprometían a efectuar, además cada participante realizó un horario con las actividades que debían cumplir en su semana.

A continuación se expone la segunda estrategia utilizada:

3.3.2. Foro presencial

La técnica de foro corresponde a una actividad oral organizada en la que se presentan distintas opiniones, bien fundamentadas, sobre un tema. Las intervenciones tienen un carácter eminentemente argumentativo, pues cada participante debe respaldar sus afirmaciones y sus propuestas⁶². También, se ha conceptualizado el foro presencial como una herramienta de crecimiento personal, que activa y propicia la participación, en el ámbito individual, grupal y social en los cuales los y las participantes se desarrollan, buscando propiciar habilidades

cognitivas y expresivas en pro de externar sus sistemas de creencias, actitudes y valores ⁶³.

Se realizaron 2 foros, uno con la participación de médicos del Departamento de Salud de la UNA y otro con la participación de los y las Doctores Académicos de la UCR, donde se discutieron los resultados obtenidos a partir de la encuesta en línea aplicada a las funcionarias y los funcionarios de la UNA. A continuación se presentan las funciones de cada uno y una de los y las sustentantes (Tabla 2).

Tabla 2
Funciones de los y las miembros

Miembro	Funciones
Moderador	<ul style="list-style-type: none"> • Presenta e introduce el tema a exponer. • Presenta ante el auditorio a los y las miembros de la mesa. • Informa sobre la distribución del tiempo y forma de participación. • Ordena las intervenciones de los y las participantes y del auditorio. • Controla el uso del tiempo y responde por la disciplina del grupo.
Relator (es)	<ul style="list-style-type: none"> • Representa al grupo y no habla a nombre propio, de ahí que, fiel a los acuerdos hechos en el grupo, expone los acuerdos y los resultados a que llegaron en su investigación. • Busca llegar al auditorio con la mayor claridad y precisión, captando su interés. • Como vocero o vocera del grupo, de su papel depende que las conclusiones de lo investigado lleguen al auditorio y sea asimilado.
Co-relator (es)	<ul style="list-style-type: none"> • Hace su intervención, a partir de la intervención del relator. • Interviene para complementar, ampliar, profundizar, rectificar, ratificar, destacar o reforzar los aspectos temáticos expuestos. • Su trabajo no es otra relatoría, por tanto no viene preparado para exponer un subtema del tema general. Es una complementación de la relatoría, para lo cual retoma algún aspecto expuesto por el relator.
Secretario	<ul style="list-style-type: none"> • Toma nota de las ideas expuestas por el relator, co-relator y auditorio. • Es el último que interviene y no lo hace en el debate, porque su misión es otra. • Elabora una síntesis final de lo debatido en el seminario, recapitula ante el público en forma sucinta las ideas tratadas y las conclusiones a que hubiere lugar.
Auditorio	<ul style="list-style-type: none"> • Participa activamente, escuchando a los expositores y las expositoras y toma nota de lo que le interesa, e interviene cuando llega el momento, mediante aportes complementarios, preguntas, aclaraciones, etc. • Actúa con compostura, apaga celulares durante la sesión, y colabora con su comportamiento ya que los resultados del seminario también dependen de sus aportes.

Fuente: Martínez, S. (2009). El seminario: Técnica de trabajo académico e investigativo. Red CIB. Recuperado de: www3.uacj.mx/ICB/redcib/MetodosEnseñanza/Seminario/EI%20seminario%20Técnica%20de%20trabajo%20académico%20e%20investigativo.pdf

A continuación, se presenta la distribución de funciones en el foro desarrollado con los y las participantes del estudio (muestra).

Tabla 3

Distribución de funciones

Rol	Encargado
Moderador	Cristian Núñez Castillo
Relator	Juliana Zúñiga Lobo
Co- relatores	Ariana Segura Naranjo Valeria Ramírez Madrigal Jennifer Morales Solís
Secretario	Eriam Navarrete Cano
Auditorio	Población participante y trabajadores de la oficina de salud de UNA

Fuente: Elaboración propia

3.4. Consideraciones éticas:

Este apartado se considera de gran relevancia, ya que para el desarrollo del presente seminario se requirió de la participación de personas, quienes son sujetos de derechos, por lo cual primeramente el proyecto 421-B6-344, titulado *Características Psicométricas de la Escala de Autoeficacia para el Manejo de Enfermedades Crónicas en personas con enfermedad cardiovascular, funcionarias en el sector universitario de Costa Rica*, fue aprobado por el Comité Ético Científico (Ver anexo 7), y el presente seminario por la Comisión de Trabajos Finales de Graduación (Ver anexo 8). Además se tomaron en cuenta las consideraciones éticas establecidas por la Ley Reguladora de Investigación Biomédica, para el desarrollo de la misma; las cuáles serán expuestas a continuación⁶⁵.

En el artículo 2, se define la Autonomía como la capacidad que poseen las personas para tomar decisiones, sin ser influenciadas por otras personas o por presiones externas⁶⁵. Esta se llevó a cabo al explicar a cada persona los objetivos y finalidad de la investigación sin generar en ellos o ellas coerción o manipulación, a fin de que se sintieran en completa libertad de participar o no en la misma, por medio del consentimiento informado.

La gratuidad, según el artículo 5, indica que la participación en una investigación biomédica siempre deberá ser voluntaria, por lo que no se remunera a los y las participantes⁶⁵. Por lo cual, para el desarrollo del presente seminario no se brindó ningún tipo de recompensa para la participación en el mismo.

La calidad de la información, en el artículo 13, indica que previo al inicio de cualquier actividad relacionada a la investigación y antes de firmar el consentimiento informado, el o la participante deberá ser informado en su propio idioma, con un lenguaje apropiado y comprensible, sobre la naturaleza de la investigación, los riesgos y beneficios, la confidencialidad de la información recabada, sus derechos y a partir de ello pueda tomar la decisión de participar o no, de forma libre, voluntaria y consciente, sin ningún tipo de presión⁶⁵. Por lo cual se le informó a cada uno de los y las participantes sobre la condición de estudiantes investigadores, los objetivos, finalidad de la investigación, así como de los instrumentos que se emplearían, además de los beneficios que les proveería la investigación a través de la fase reflexiva.

El Derecho a retractarse, según el artículo 24, consiste en que “los participantes en una investigación tendrán, sin necesidad de dar explicaciones, el derecho de

renunciar a su participación en cualquier momento”⁶⁵. Con base en ello y como forma de hacerlo cumplir, antes de iniciar la recolección de datos se les informó a cada uno y una de los y las participantes, que estaban en libertad de abandonar la investigación si así lo deseaban, sin estar sujetos a compromiso o represalias.

El Derecho a la información, según el artículo 27, consiste en que “los participantes en una investigación tienen derecho: a acceder, de forma personal o por medio de su representante legal, a los resultados de sus análisis”⁶⁵. Esto se cumplirá al darle a los y las participante una devolución de sus resultados, por ejemplo mediante la elaboración de un infograma que se enviara a los correos respectivos de cada una de las personas participantes o por medio de un foro abierto a través de la aplicación zoom.

Además, según el Reglamento Ético Científico de la Universidad de Costa Rica, en el artículo 5 y 6, se habla de los principios generales y específicos, dentro de los cuales se destaca el cumplimiento de respeto a la dignidad y personalidad, la justicia, la buena fe de sus expresiones, la no maleficencia, la honestidad y la proporcionalidad y razonabilidad que permitan sopesar la idoneidad del estudio⁶⁶.

Respeto a la persona y a la personalidad, en el artículo 6, se define como el “principio que se extiende a la dignidad e intimidad del individuo, sus creencias religiosas, su inclinación política, las prácticas derivadas de la pertenencia cultural, su capacidad de autodeterminación”⁶⁶.

Justicia del artículo 2, busca la equidad en la distribución de los beneficios y los esfuerzos de la investigación⁶⁶. Este se cumplió al brindar a cada uno de los

individuos una participación igualitaria y de acuerdo a sus necesidades. No maleficencia, en el artículo 5, indica que dirige a “evitar riesgo o perjuicio que puedan sufrir los sujetos participantes o incluso los investigadores”⁶⁶.

Asimismo, según el Reglamento Ético Científico de la Universidad de Costa Rica en el artículo 12, todas las investigaciones en las cuales participen personas deben garantizar la confidencialidad de los datos, la privacidad y el anonimato de los y las participantes, durante y después de la realización de la investigación, lo cual se cumplirá en esta ocasión mediante estrategias que permitan mantener la privacidad de los datos, escoger lugares privados y cómodos para la realización de las entrevistas, además de no compartir la información con personas que no pertenecen a la investigación⁶⁶.

Para efectos de la presente investigación se creó un instrumento de recolección de datos vía digital cuyos resultados fueron obtenidos y resguardados por medio del software para aplicación de encuestas en línea *Limesurvey*, posteriormente dichos datos fueron descargados y transferidos al programa *SPSS*, software para el análisis de datos. Finalmente los mismos fueron resguardados en las computadoras personales de los y las estudiantes investigadores, todos los archivos con clave de seguridad.

La modalidad en la que se envió el cuestionario permitió que los funcionarios y las funcionarias tuvieran la posibilidad de contestar de manera privada, cuando el instrumento fue aplicado a los y las participantes de manera presencial por el estudiante investigador o las estudiantes investigadoras del estudio, se brindó un

ambiente privado en el que nadie más podía tener acceso a la información de cada persona.

También, se garantizó respetar dichos principios éticos en esta investigación, por medio del consentimiento informado el cual le da derecho a la persona de una manera informada elegir participar o no en el proceso. Esto se basa en el artículo 7, del Reglamento Ético Científico de la Universidad de Costa Rica, el cual define que el consentimiento informado es esencial e indispensable⁶³. La persona o, cuando corresponda, su representante legal, antes de aceptar su participación en una investigación, debe conocer la naturaleza, duración y propósito del proyecto; métodos utilizados y cualquier riesgo, inconveniente o posible efecto o limitación sobre su salud o persona que pueda sufrir durante su participación en la investigación⁶³. Del cumplimiento de este requisito y del consentimiento de la persona o de su representante legal deberá quedar constancia, debidamente documentada y firmada ⁶³.

Por causa de la información que se debía brindar para la investigación los y las participantes tenían la preocupación de si la información sería compartida con sus jefes, compañeros y compañeras de trabajo o con los y las profesionales de salud que laboran en la institución. No obstante, por medio del consentimiento informado se especificó que la información facilitada era estrictamente confidencial y sólo podía acceder el equipo investigador, además que los resultados podrían aparecer en una publicación científica pero de manera anónima.

Capítulo IV

4.1. Resultados

En el siguiente apartado se muestran a detalle los datos obtenidos a partir de la aplicación de los instrumentos descritos anteriormente. El presente capítulo se divide en dos fases; la fase investigativa, la cual describe datos sociodemográficos y la información registrada a partir de la aplicación de la escala de autoeficacia, y la fase reflexiva en la cual se detallan las actividades realizadas por el grupo de trabajo con los y las participantes y profesionales en el área de salud que atienden a la población muestra y profesionales investigadores (as) asociados (as) al proyecto.

4.1.1. Resultados fase investigativa

Como se detalló anteriormente para la presente investigación se realizó el análisis a partir de los datos registrados por 69 personas, que corresponde a la muestra. La principal característica en común de los y las participantes del estudio es que presentan una o más enfermedades cardiovasculares crónicas, la tabla 4 muestra los resultados referentes a esta temática.

Tabla 4*Cantidad de usuarios y usuarias según enfermedad(es) principal(es)*

Enfermedad cardiovascular crónica	Frecuencia absoluta (n)	Frecuencia relativa (%)
Hipertensión	47	68,1%
Diabetes mellitus 2	20	29%
Infarto Agudo al Miocardio	4	5,8%
Evento Cerebrovascular	4	5,8%
Dislipidemia	9	13%
Insuficiencia renal	3	4,3%
Cáncer	4	5,8%
Cardiopatía crónica	3	4,3%
Cardiopatía congénita	5	7,2%

Fuente: Ficha de datos sociodemográficos aplicada a funcionarios de la UNA con enfermedad cardiovascular crónica

En relación con lo anterior, se evidencia que la hipertensión, diabetes mellitus y dislipidemia son las principales enfermedades presentes en esta población. A su vez 21 personas (30,4%) indicaron que padecen más de una enfermedad y como dato relevante de este análisis se obtiene que un total de 13 personas (18,8%) presentan hipertensión y diabetes de manera conjunta.

4.1.2. Características sociodemográficas

Al analizar el número de personas se observa una mayor participación por parte del grupo femenino. Un dato no menor, ya que permitirá buscar diferencias entre sexo. A su vez se contó con participantes de edades entre los 24 y 64 años (la edad promedio es de 47.8 años y la desviación estándar de 9,41, esto permitirá observar si existen diferencias según rangos de edad.

Además en su mayoría los y las participantes eran costarricenses, se encontraban casados, poseían un grado académico de universidad completa y representan la principal figura de sostén económico en sus hogares, lo cual se puede observar en la tabla 5.

Con respecto a la información laboral, se refleja que la mayoría de las personas participantes tienen plaza en propiedad en la institución, laboran entre 31 y 40 horas a la semana y han laborando para la institución entre 0-5 años y 16-20 años, esto se detalla en la tabla 6.

Tabla 5
Distribución de participantes según datos sociodemográficos

	Variable	Frecuencia absoluta (n)	Frecuencia relativa (%)
Sexo	Hombre	28	40,6%
	Mujer	40	58%
	Otro	1	1,4%
Estado civil	Soltero/a	12	17,3%
	Casado/a	35	50,7%
	Unión libre	5	7,2%
	Divorciado/a	14	20,3%
	Separado/a	3	4,3%
Grupo de edad	20-29 años	2	2,9%
	30-39 años	14	20,3%
	40-49 años	19	27,5%
	50-59 años	29	42%
	60-69 años	5	7,3%
Nivel de escolaridad	Primaria completa	2	2,9%
	Secundaria incompleta	4	5,8%
	Secundaria completa	3	4,3%
	Técnico completo	6	8,7%
	Universidad incompleta	4	5,8%
	Universidad completa	50	72,4%
Principal sostén económico familiar	Sí	48	69,6%
	No	21	30,4%
País de origen	Costa Rica	68	98,6%
	Otro	1	1,4%

Fuente: Ficha de datos sociodemográficos aplicada a funcionarios de la UNA con enfermedad cardiovascular crónica

Tabla 6
Distribución de participantes según información laboral

Variable		Frecuencia absoluta (n)	Frecuencia relativa (%)
Tipo de nombramiento	Propiedad/Plaza	50	72,5%
	Interino/Temporal	19	27,5%
Por grupo de horas laboradas semanalmente	1-10 horas	5	7,3%
	11-20 horas	0	0%
	21-30 horas	1	1,4%
	31-40 horas	55	79,7%
	41-50 horas	5	7,3%
	51 o más horas	3	4,3%
Por grupo de años laborados en la institución	0-5 años	16	23,2%
	6-10 años	6	8,7%
	11-15 años	12	17,4%
	16-20 años	15	21,7%
	21-25 años	8	11,6%
	26-30 años	4	5,8%
	30-35 años	8	11,6%

Fuente: Ficha de datos sociodemográficos aplicada a funcionarios de la UNA con enfermedad cardiovascular crónica

Respecto a los antecedentes de salud y asociados a la (s) enfermedad (es) cardiovascular (es) crónica (s), se encuentra la tendencia que hay presencia de antecedentes familiares con estas enfermedades, que poseen un tratamiento farmacológico, que llevan control médico y que no pertenecen a ningún tipo de grupo de apoyo relacionado con la o las enfermedades. Lo anterior se observa con más detalle en la Tabla 7.

Tabla 7
Distribución de participantes según antecedentes de salud

	Variable	Frecuencia absoluta (n)	Frecuencia relativa (%)
Personas con antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular crónica	Sí	61	88,4%
	No	8	11,6%
Personas trabajadoras con tratamiento farmacológico	Sí	64	92,8%
	No	5	7,2%
Personas trabajadoras con control médico	Sí	64	92,8%
	No	5	7,2%
Personas trabajadoras pertenecientes a un grupo de apoyo	Sí	9	13%
	No	60	87%

Fuente: Ficha de datos sociodemográficos aplicada a funcionarios de la UNA con enfermedad cardiovascular crónica

4.1.3. Escala de autoeficacia

Durante el período de recolección de datos se logró obtener un total de 69 personas las cuales llenaron de manera satisfactoria la encuesta. La tabla 8 muestra los resultados obtenidos según cada ítem de la Escala de Autoeficacia para Enfermedades Crónicas de Lorig.

Tabla 8*Resultados Escala de Autoeficacia*

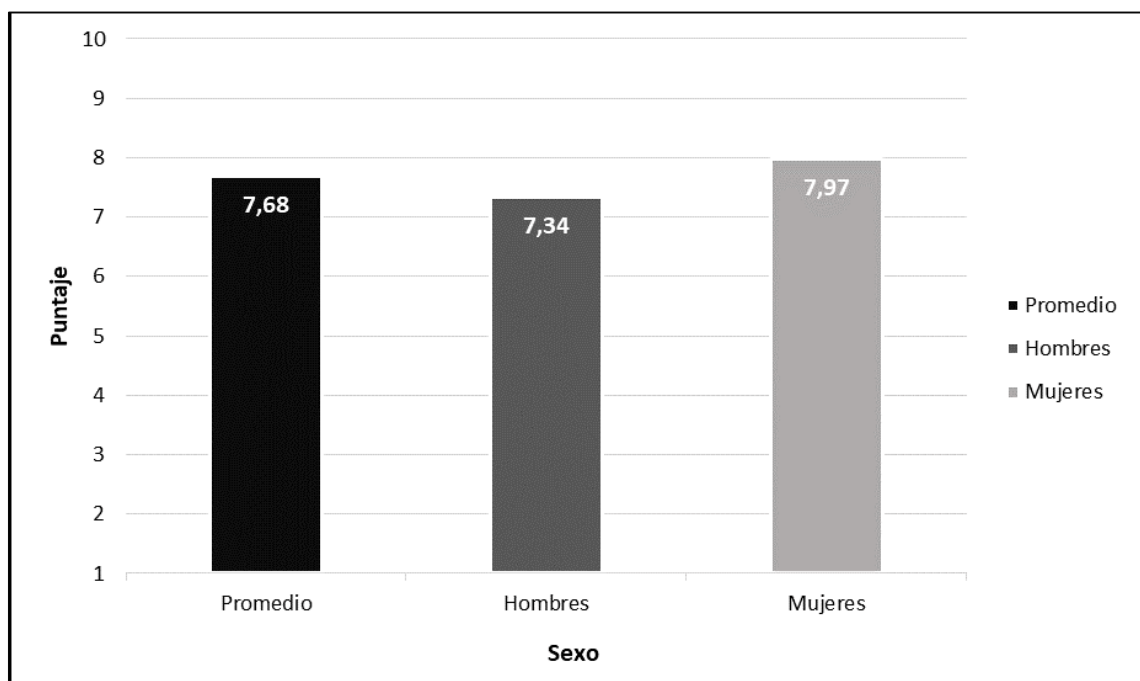
Ítem En una escala del 1 al 10 donde 1 es muy inseguro(a) y 10 es muy seguro(a)	Resultados																			
	<u>1</u>		<u>2</u>		<u>3</u>		<u>4</u>		<u>5</u>		<u>6</u>		<u>7</u>		<u>8</u>		<u>9</u>		<u>10</u>	
	<u>N</u>	<u>%</u>	<u>N</u>	<u>%</u>	<u>N</u>	<u>%</u>	<u>N</u>	<u>%</u>	<u>N</u>	<u>%</u>	<u>N</u>	<u>%</u>	<u>N</u>	<u>%</u>	<u>N</u>	<u>%</u>	<u>N</u>	<u>%</u>	<u>N</u>	<u>%</u>
¿Qué tan seguro (a) se siente Ud. de poder evitar que la fatiga o cansancio debido a su enfermedad interfiera con las cosas que quiere hacer?	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>3</u>	<u>4,3</u>	<u>3</u>	<u>4,3</u>	<u>5</u>	<u>7,2</u>	<u>2</u>	<u>2,9</u>	<u>12</u>	<u>17,4</u>	<u>15</u>	<u>21,7</u>	<u>16</u>	<u>23,2</u>	<u>13</u>	<u>18,8</u>
¿Qué tan seguro (a) se siente Ud. de poder evitar que las dolencias debido a su enfermedad interfieran con las cosas que quiere hacer?	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>1,5</u>	<u>1</u>	<u>1,5</u>	<u>1</u>	<u>1,5</u>	<u>8</u>	<u>11,6</u>	<u>2</u>	<u>2,9</u>	<u>10</u>	<u>14,5</u>	<u>19</u>	<u>27,5</u>	<u>15</u>	<u>21,7</u>	<u>12</u>	<u>17,4</u>
¿Qué tan seguro (a) se siente Ud. de poder evitar que el estado emocional debido a su enfermedad interfiera con las cosas que quiere hacer?	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>2</u>	<u>2,9</u>	<u>3</u>	<u>4,3</u>	<u>2</u>	<u>2,9</u>	<u>6</u>	<u>8,7</u>	<u>4</u>	<u>5,8</u>	<u>8</u>	<u>11,6</u>	<u>18</u>	<u>26,1</u>	<u>16</u>	<u>23,2</u>	<u>10</u>	<u>14,5</u>
¿Qué tan seguro (a) se siente Ud. de poder evitar que algunos otros síntomas o problemas de salud que tiene interfieran con las cosas que quiere hacer?	<u>1</u>	<u>1,5</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>3</u>	<u>4,3</u>	<u>1</u>	<u>1,5</u>	<u>10</u>	<u>14,5</u>	<u>4</u>	<u>5,8</u>	<u>9</u>	<u>13</u>	<u>19</u>	<u>27,5</u>	<u>13</u>	<u>18,8</u>	<u>9</u>	<u>13</u>
¿Qué tan seguro (a) se siente Ud. de poder realizar diferentes actividades o tareas necesarias para manejar su condición de salud a fin de reducir su necesidad de acudir al centro de salud?	<u>1</u>	<u>1,5</u>	<u>1</u>	<u>1,5</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>1</u>	<u>1,5</u>	<u>7</u>	<u>10,1</u>	<u>7</u>	<u>10,1</u>	<u>9</u>	<u>13</u>	<u>15</u>	<u>21,7</u>	<u>17</u>	<u>24,6</u>	<u>11</u>	<u>15,9</u>
¿Qué tan seguro (a) se siente Ud. de que pueda hacer cosas (distintas a solo tomar medicamentos) para reducir el efecto de su enfermedad en su vida diaria?	<u>1</u>	<u>1,5</u>	<u>0</u>	<u>0</u>	<u>2</u>	<u>2,9</u>	<u>1</u>	<u>1,5</u>	<u>5</u>	<u>7,2</u>	<u>4</u>	<u>5,8</u>	<u>8</u>	<u>11,6</u>	<u>18</u>	<u>26</u>	<u>13</u>	<u>18,8</u>	<u>17</u>	<u>24,6</u>

Fuente: Escala de Autoeficacia aplicada a funcionarios de la UNA con enfermedad cardiovascular crónica

En relación con lo anterior, el promedio del nivel de autoeficacia en términos generales indica un nivel alto de autoeficacia en la muestra en estudio, el gráfico 1 compara los datos por sexo para la escala de 6 ítems, se observa que las mujeres poseen en general un mejor nivel de autoeficacia que los hombres. La desviación estándar obtenida fue de 1,66.

Gráfico 1

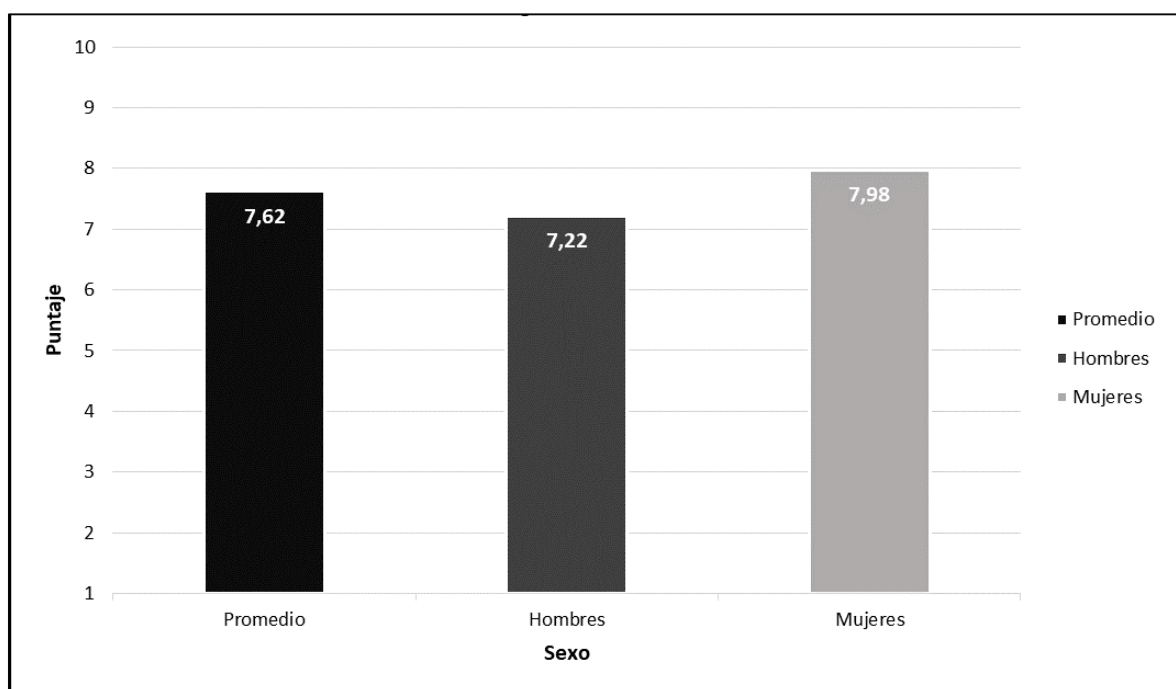
Promedio de nivel de autoeficacia (para la escala de 6 ítem) para el manejo de enfermedades crónicas en los trabajadores y las trabajadoras de la UNA con enfermedad cardiovascular crónica según sexo, 2019.



De la misma manera, al comparar los datos en la escala de 4 ítems (gráfico 2) se observa la tendencia a que las mujeres posean una calificación más alta respecto a los hombres, además el valor promedio es casi el mismo, en cuanto a los hombres su calificación disminuye en un 0.12, respecto a la escala de 6 ítems (gráfico 1) se determina una desviación estándar de 1,79.

Gráfico 2

Promedio de nivel de autoeficacia (para la escala de 4 ítem) para el manejo de enfermedades crónicas en los trabajadores y las trabajadoras de la UNA con enfermedad cardiovascular crónica según sexo, 2019.



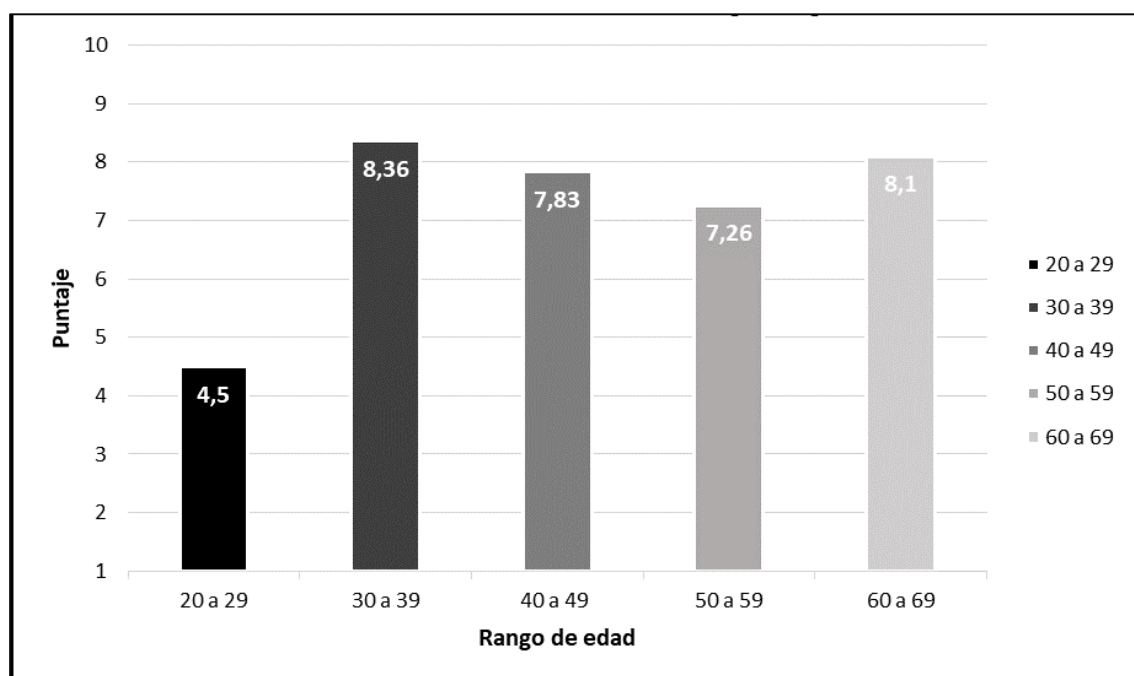
Asimismo, al analizar el estudio según rango de edad (gráfico 3) se determina que 2 personas (2.89%) que realizaron la encuesta se encuentran entre los 20-29 años de edad y sus datos refieren el nivel de autoeficacia más bajo en promedio,

no obstante no se podría considerar representativo por la muestra de esta población, las personas entre 30-39 años correspondieron a 14 personas (20.28%), la cual es la más alta en comparación con los demás rangos de edad, es términos generales, un valor alto.

Por otra parte, se obtuvieron 19 encuestas de personas entre los 40-49 años de edad, es decir, corresponden al 27.5% de la totalidad de los encuestados, en contraposición la mayor proporción de encuestados son las personas de entre 50-59 años de edad, corresponden a 29 personas (42%). Finalmente, se contó con la participación de 5 colaboradores entre los 60-69 años correspondiente al 7.25%.

Gráfico 3

Nivel de autoeficacia promedio de las personas trabajadoras de la UNA con enfermedad cardiovascular crónica según rango de edad.



Análisis de datos por pregunta

A continuación se presentan los principales resultados extraídos según pregunta

El enunciado número uno plantea lo siguiente:

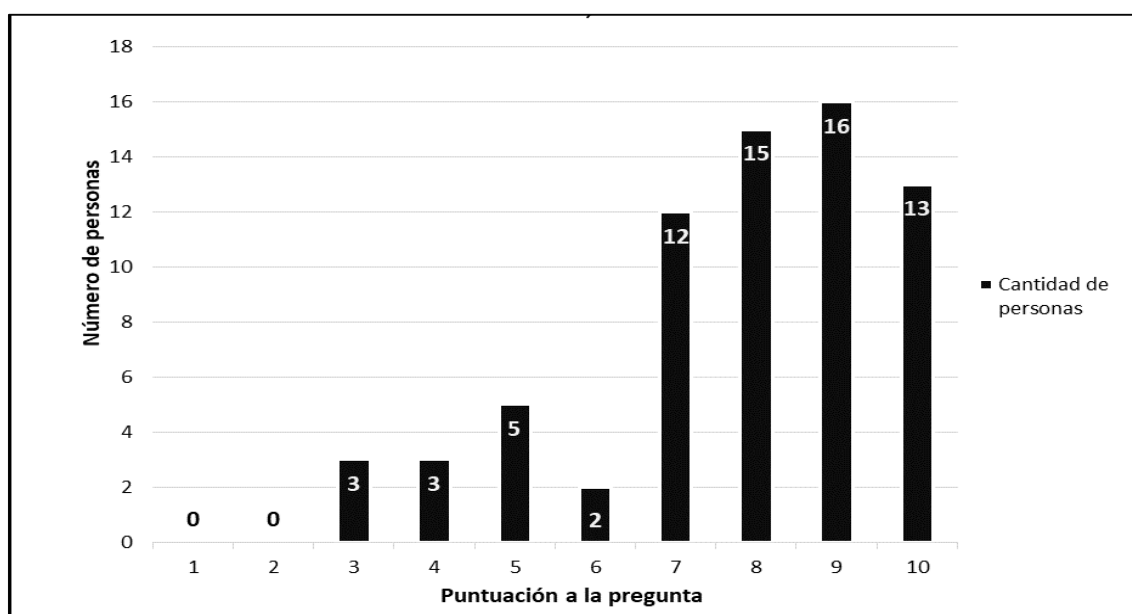
En una escala del 1 al 10 donde 1 es muy inseguro(a) y 10 es muy seguro(a)

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

El gráfico 4 detalla los resultados del nivel de autoeficacia percibido por los y las participantes para esta pregunta.

Gráfico 4

Cantidad de personas trabajadoras de la UNA con enfermedad cardiovascular crónica según respuesta al nivel de autoeficacia para la pregunta 1 de la encuesta, 2019.

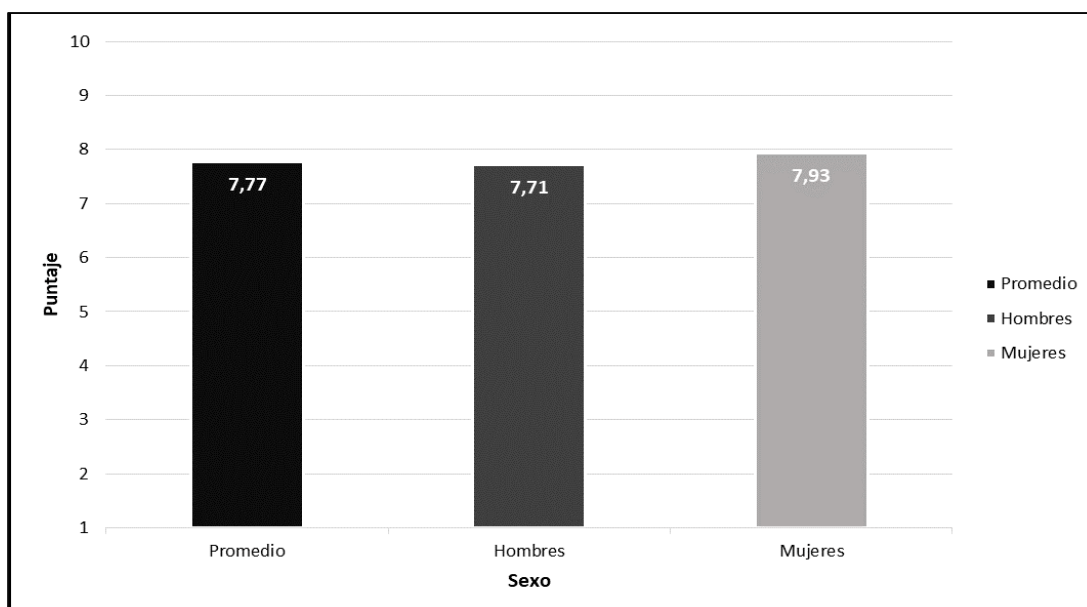


Al analizar los datos que detalla el gráfico se obtiene una media de 7.77 y una desviación estándar de 1.93, además un total de 58 personas que corresponde a un 84% registraron puntuaciones entre el rango de 6 a 10 lo cual indica que la mayor parte de la muestra se siente en capacidad de realizar las actividades que desean aún en presencia de fatiga o cansancio producto de su enfermedad (es).

Asimismo, si realizamos una comparación por sexo se puede observar que los hombres indicaron una puntuación más baja que la de las mujeres, sin embargo es la pregunta mejor calificada por la muestra masculina, junto con la pregunta 6 (Gráfico 15), la cual registra el mismo puntaje, por lo que nos sugiere que los hombres, en comparación con los resultados de las otras preguntas, perciben una mayor seguridad en cuanto a realizar las actividades aún y cuando se presente la fatiga y cansancio producto de sus enfermedades. El gráfico número 5 lo evidencia.

Gráfico 5

Promedio de nivel de autoeficacia en el manejo de enfermedades crónicas para la pregunta 1 en los trabajadores y las trabajadoras de la UNA con enfermedad cardiovascular crónica según sexo, 2019.



Por otro lado, el ítem número dos propone lo siguiente:

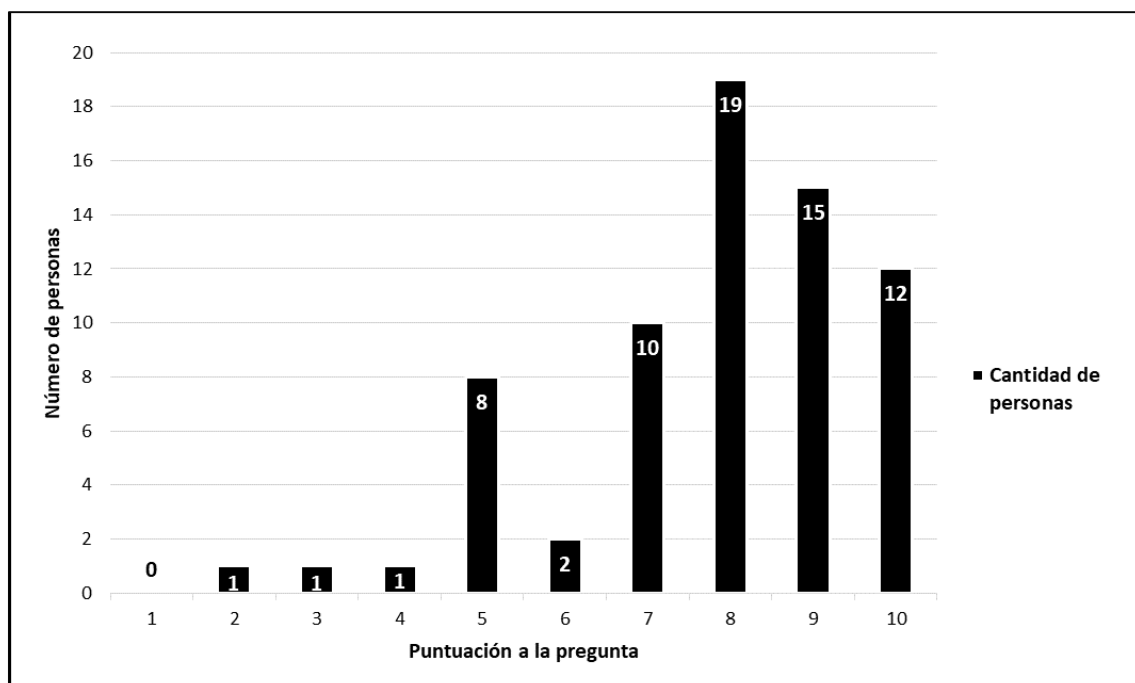
En una escala del 1 al 10 donde 1 es muy inseguro(a) y 10 es muy seguro(a)

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

De acuerdo con lo anterior, el gráfico número 6 presenta el nivel de autoeficacia indicado por la muestra en estudio para esta pregunta.

Gráfico 6

Cantidad de personas trabajadoras de la UNA con enfermedad cardiovascular crónica según respuesta al nivel de autoeficacia para la pregunta 2 de la encuesta, 2019.

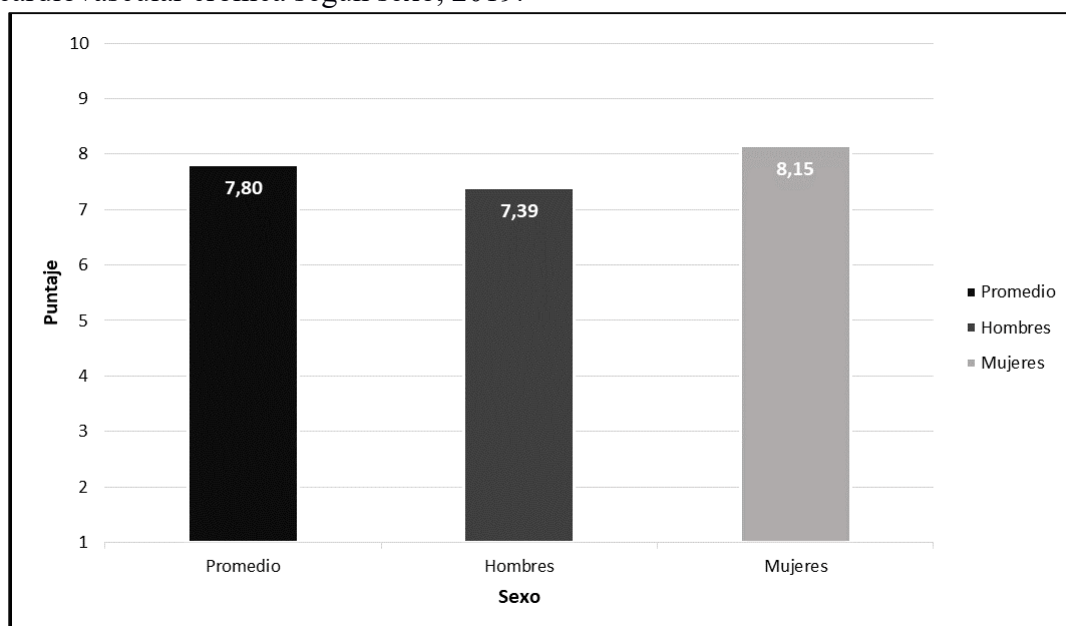


Según los datos expuestos en el gráfico 6, se obtiene una media de 7.80 y una desviación estándar de 1.83, a su vez 58 personas (84%) en total, registraron puntuaciones contempladas en el rango de 6 a 10, por lo que se considera que la mayor parte de la muestra percibe niveles altos de autoeficacia con respecto al poder evitar que las dolencias que son producto de su enfermedad interfieran en las actividades que desean realizar.

De la misma forma, al analizar los datos según sexo se puede identificar que los hombres indicaron una puntuación más baja que la mostrada por la muestra femenina. Además, el puntaje indicado por las mujeres en esta pregunta es el más alto en comparación a los demás enunciados, por tanto es posible concluir que las mujeres se consideran más autoeficaces en cuanto a poder evitar que las dolencias debido a su enfermedad interfieran con las cosas que quieren hacer. A continuación el gráfico 7 muestra dicha información.

Gráfico 7

Promedio de nivel de autoeficacia en el manejo de enfermedades crónicas para la pregunta 2 en los trabajadores y las trabajadoras de la UNA con enfermedad cardiovascular crónica según sexo, 2019.



Por otra parte la pregunta número 3 evalúa lo siguiente:

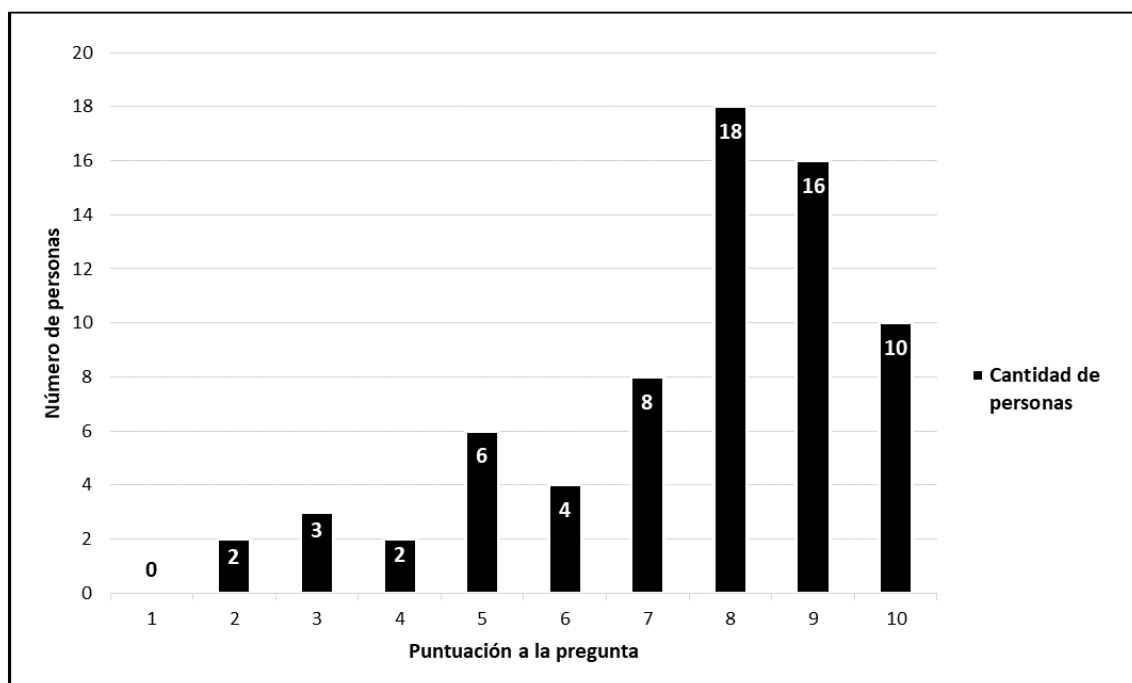
En una escala del 1 al 10 donde 1 es muy inseguro(a) y 10 es muy seguro(a).

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

El gráfico número 8 presenta el nivel de autoeficacia indicado por los y las participantes para este enunciado.

Gráfico 8

Cantidad de personas trabajadoras de la UNA con enfermedad cardiovascular crónica según respuesta al nivel de autoeficacia para la pregunta 3 de la encuesta, 2019.

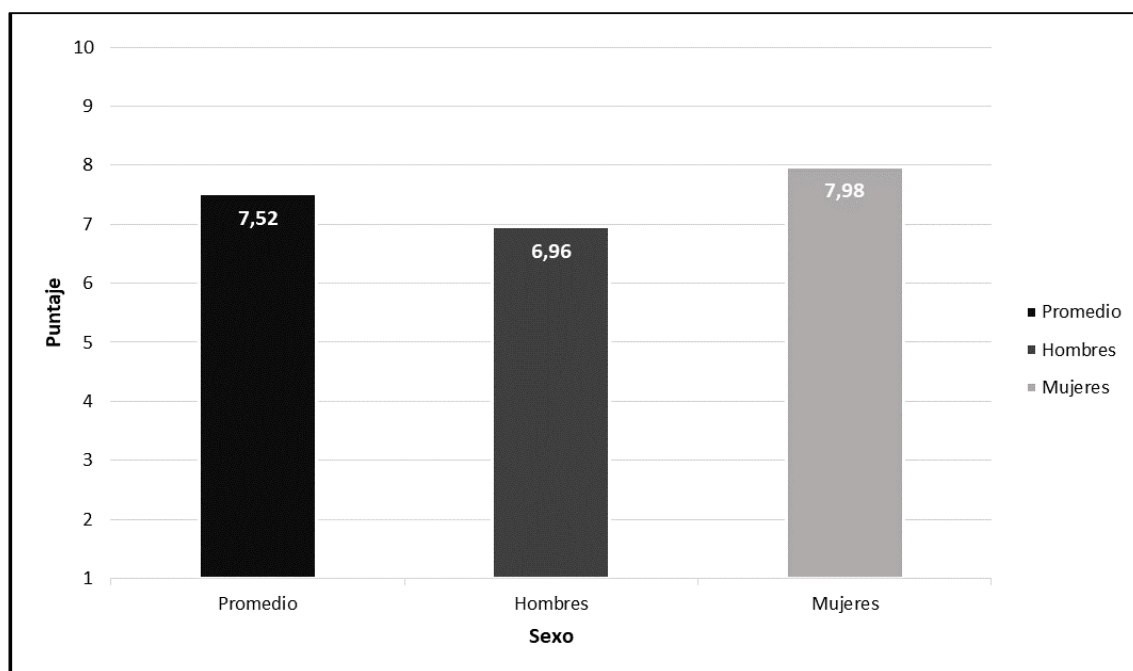


A partir de los datos registrados para la pregunta número 3 correspondiente a la temática sobre *estado emocional* se obtiene una puntuación media de 7,52 y una desviación estándar de 2.09. Se identifica que el mayor número de personas, 56 en total, correspondientes al 81% indican puntuaciones dentro del rango de 6 y 10 lo que significa un nivel de autoeficacia elevado en la mayoría de la muestra en estudio con respecto a lo que plantea este ítem.

Con respecto a los datos obtenidos, según sexo, a partir del gráfico 9 es posible deducir que las mujeres perciben un nivel más alto de autoeficacia que los hombres con respecto a poder evitar que el estado emocional debido a su enfermedad interfiera con las cosas que quiere hacer.

Gráfico 9

Promedio de nivel de autoeficacia en el manejo de enfermedades crónicas para la pregunta 3 en los trabajadores y las trabajadoras de la UNA con enfermedad cardiovascular crónica según sexo, 2019.



El ítem número cuatro consulta lo que se detalla a continuación:

En una escala del 1 al 10 donde 1 es muy inseguro(a) y 10 es muy seguro(a)

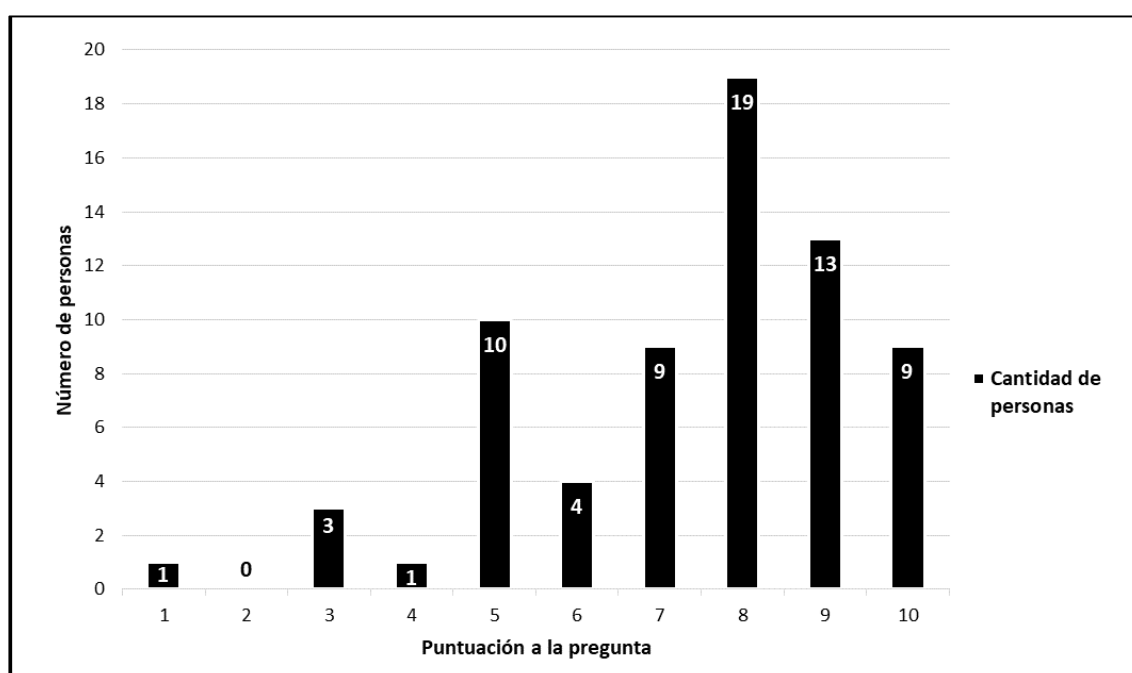
¿Qué tan seguro(a) se siente usted de poder evitar que algunos otros síntomas o problemas de salud que tiene interfieran con las cosas que quiere hacer?

El gráfico 10 presenta los principales resultados.

Cantidad de personas trabajadoras de la UNA con enfermedad cardiovascular crónica según respuesta al nivel de autoeficacia para la pregunta 4 de la encuesta, 2019.

Gráfico 10

Cantidad de personas trabajadoras de la UNA con enfermedad cardiovascular crónica según respuesta al nivel de autoeficacia para la pregunta 4 de la encuesta, 2019.

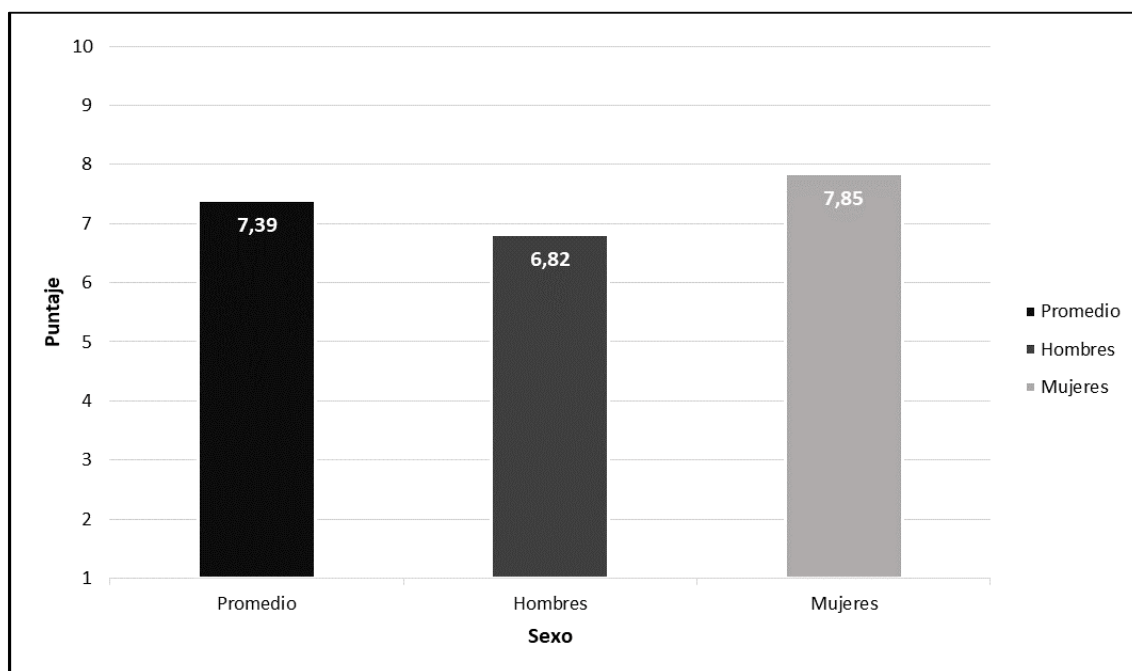


A partir de los datos obtenidos se extrae una media de 7.39 y una desviación estándar de 2.02, asimismo se observa una tendencia respecto a las preguntas anteriores donde el pico de puntuación se encuentra en la calificación 8, posteriormente desciende en 9 y 10, siendo estas 3 puntuaciones donde se ubican la mayoría de personas encuestadas, a su vez se observa una cantidad considerable de personas con una calificación media de 5. Un total de 54 personas, que representa un 78% del total de participantes, se encuentran en el rango entre 6 y 10.

Con respecto a los niveles de autoeficacia en función de la pregunta 4, según sexo, se puede identificar que los hombres indicaron una puntuación más baja que la indicada por la muestra femenina. Por lo anterior, es posible deducir que las mujeres perciben un nivel más alto de autoeficacia que los hombres con respecto a poder evitar que algunos otros síntomas o problemas de salud que tiene interfieran con las cosas que quieren hacer. Un aspecto importante de recalcar es que la puntuación registrada por las mujeres es la más baja en comparación con los demás ítems, al igual que la pregunta 5 en la que indicaron el mismo puntaje. Lo anterior lo describe el gráfico 11.

Gráfico 11

Promedio de nivel de autoeficacia en el manejo de enfermedades crónicas para la pregunta 4 en los trabajadores y las trabajadoras de la UNA con enfermedad cardiovascular crónica según sexo, 2019.



La pregunta número 5 plantea:

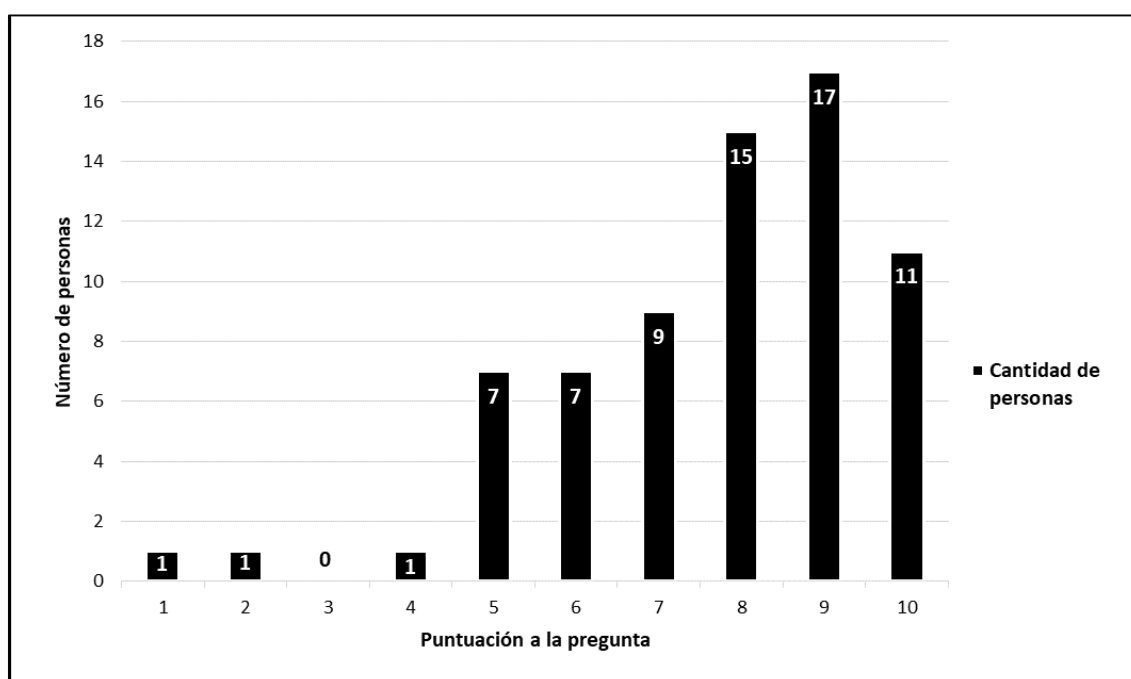
En una escala del 1 al 10 donde 1 es muy inseguro(a) y 10 es muy seguro(a)

¿Qué tan seguro(a) se siente usted de poder realizar diferentes actividades o tareas necesarias para manejar su condición de salud a fin de reducir su necesidad de acudir al centro de salud?

El gráfico 12 muestra el nivel de autoeficacia percibida por la muestra con respecto a esta pregunta

Gráfico 12

Cantidad de personas trabajadoras de la UNA con enfermedad cardiovascular crónica según respuesta al nivel de autoeficacia para la pregunta 5 de la encuesta, 2019.

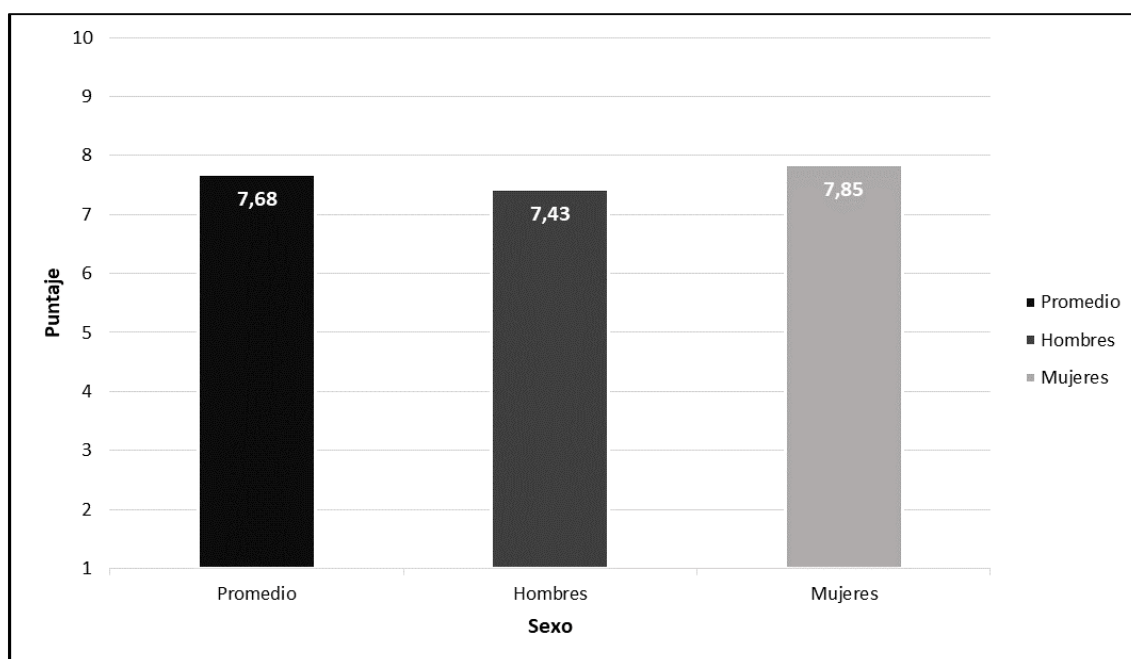


A partir de los datos descritos en el gráfico 12 se tiene una media de 7.68, y una desviación de estándar de 1.94. Además se observa una escasa cantidad de personas con una puntuación entre 1 y 4, así también un ascenso continuo entre las puntuaciones de 6 y 9, nuevamente la mayoría de la muestra en estudio se encuentra entre las puntuaciones de 8, 9 y 10. Un aspecto que sobresale es que un total de 59 personas, 86% del total de la muestra, registraron puntuaciones entre el rango de 6 y 10.

Respecto a los niveles de autoeficacia en función de la pregunta 5 (gráfico 13), según sexo, es posible deducir que las mujeres perciben un nivel más alto de autoeficacia que los hombres haciendo referencia a poder realizar diferentes actividades o tareas necesarias para manejar su condición de salud a fin de reducir su necesidad de acudir al centro de salud. De la misma forma como se explicó anteriormente en el análisis del gráfico 11, la puntuación de 7.85 registrada por la población femenina es la más baja en comparación con los demás enunciados.

Gráfico 13

Promedio de nivel de autoeficacia en el manejo de enfermedades crónicas para la pregunta 5 en los trabajadores de la UNA con enfermedad cardiovascular crónica según sexo, 2019.



Por último, la pregunta seis propone:

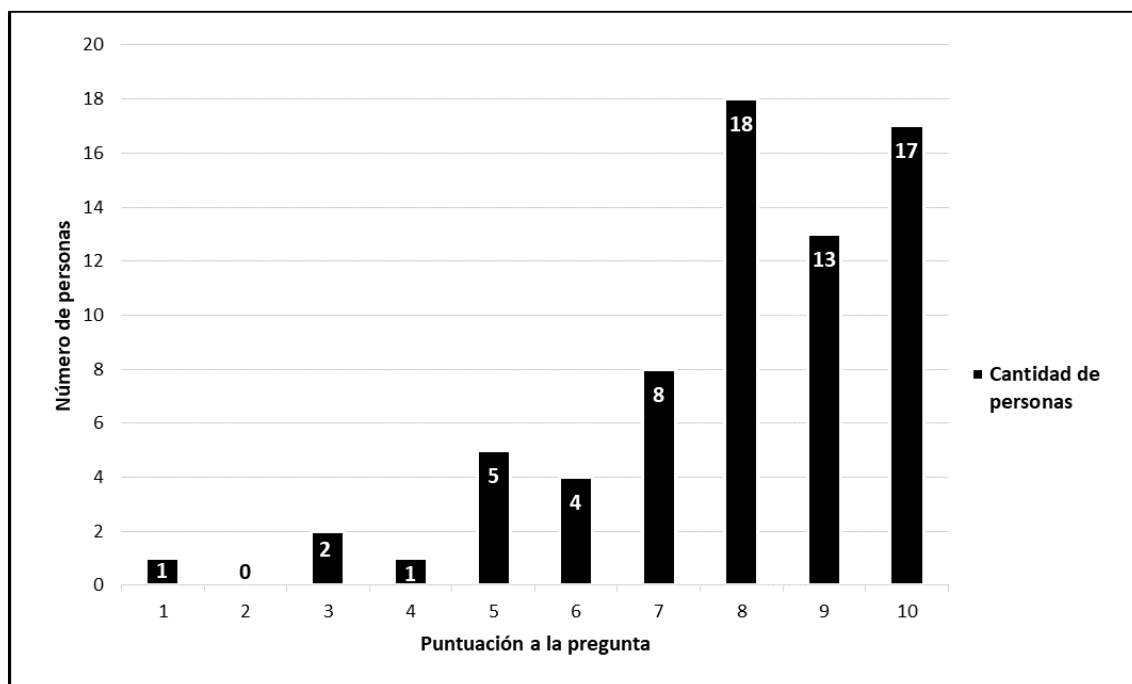
En una escala del 1 al 10 donde 1 es muy inseguro(a) y 10 es muy seguro(a)

¿Qué tan seguro(a) se siente usted de que pueda hacer cosas (distintas a solo tomar medicamentos) para reducir el efecto de su enfermedad en su vida diaria?

El gráfico 14 detalla los niveles de autoeficacia indicados según lo que suscita esta pregunta.

Gráfico 14

Cantidad de personas trabajadoras de la UNA con enfermedad cardiovascular crónica según respuesta al nivel de autoeficacia para la pregunta 6 de la encuesta, 2019.

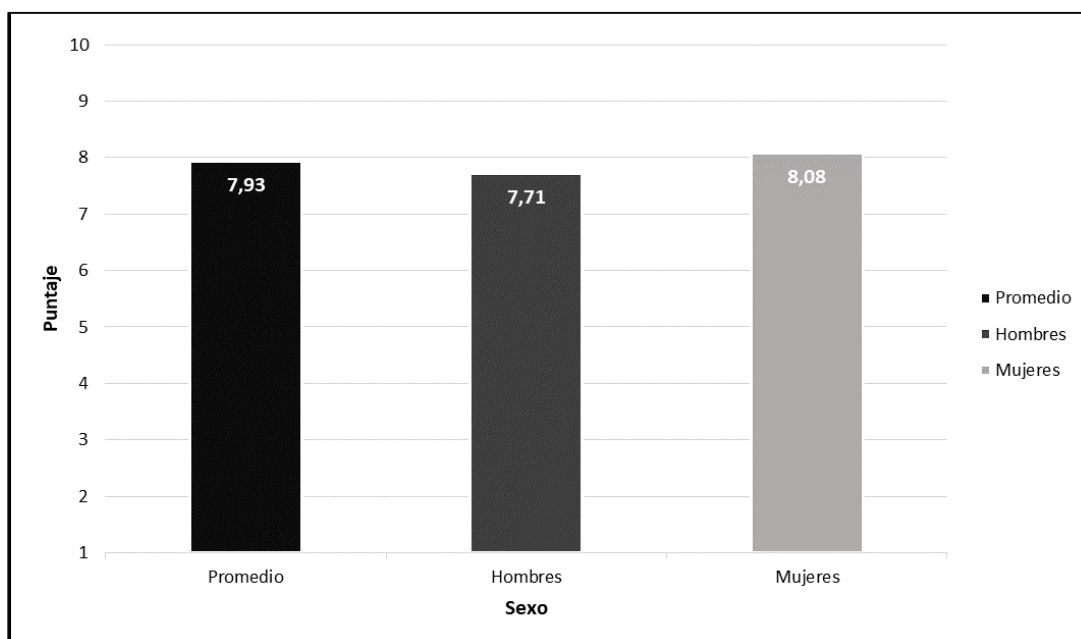


A partir de los datos registrados en esta pregunta se obtiene una media de 7.93 y una desviación estándar de 1.97, también que la mayor cantidad de personas, 60 (87%) participantes registraron un nivel de autoeficacia entre 6 y 10. Lo anterior comprueba que la mayoría de los y las participantes consideran que tienen niveles altos de autoeficacia en cuanto a poder hacer cosas distintas a solo tomar medicamentos para reducir el efecto de su enfermedad en su vida diaria.

El gráfico número 15 muestra el promedio de nivel de autoeficacia para la pregunta 6 según sexo, los hombres indicaron una puntuación más baja que la indicada por la muestra femenina. Por tanto, es posible deducir que las mujeres perciben un nivel más alto de autoeficacia que los hombres con respecto a poder hacer cosas distintas a solo tomar medicamentos para reducir el efecto de su enfermedad en su vida diaria.

Gráfico 15

Promedio de nivel de autoeficacia en el manejo de enfermedades crónicas para la pregunta 6 en los trabajadores y las trabajadoras de la UNA con enfermedad cardiovascular crónica según sexo, 2019.



4. 2. Resultados de la fase reflexiva

En este apartado se expondrán los supuestos derivados del análisis realizado a partir del taller de autoeficacia (Ver anexo 4) implementado con los y las participantes integrantes del grupo de personas con enfermedades crónicas de la UNA y 2 foros, uno llevado a cabo con los y las médicos del Departamento de Salud de la UNA y otro con los Doctores y las Doctoras Académicos de la UCR, donde se discutieron los resultados obtenidos por medio de la encuesta en línea aplicada a los funcionarios y las funcionarias de la UNA. A continuación se detallarán ambas estrategias.

Los supuestos emergentes del taller fueron los siguientes:

- Es importante tener experiencias previas para desarrollar cierta conducta.
- Los y las participantes reflejan una baja autoeficacia al no creer en sus propias capacidades, atribuyendo los fracasos a diversos factores entre los cuales destacan el desconocimiento y la desmotivación.
- Los y las participantes no sólo demuestran una autopercepción de eficacia baja, sino también un déficit en cuanto a los conocimientos y habilidades que ellos y ellas creían necesitar para desenvolverse auto eficazmente, identificando con mayor facilidad sus debilidades.
- Las experiencias previas disminuyen los niveles de ansiedad e inseguridad en las personas.

- La capacidad de aprendizaje, adaptación y modificación de conductas difiere entre personas sometidas a los mismos retos.
- Se desconoce el significado y la importancia de la autoeficacia para desenvolverse en las actividades de la vida diaria.
- El estrés y el cansancio son factores que interfieren en la realización de actividad física.
- La sobrecarga laboral es la causante del estrés en los funcionarios y las funcionarias.
- El desconocimiento sobre estilos de vida saludable provoca que las personas no generen conductas beneficiosas para su salud.
- La confianza en sí mismos o mismas se relaciona con el logro de objetivos.
- Los y las participantes logran reconocer ciertas características de la autoeficacia, como creer en uno mismo o una misma, ser positivo y poner empeño por aprender y realizar cambios.
- La mayoría de los y las participantes se creen capaz de hacer cambios relacionados con mejorar su salud cardiovascular, como mejorar la adherencia a los tratamientos y mejorar la alimentación.
- La motivación es importante para cambiar algunos hábitos que perjudican su salud.

A continuación se exponen los supuestos extraídos del foro realizado con el personal médico de la UNA:

- Existe un aumento de las enfermedades cardiovasculares crónicas en la población adulta joven, sin embargo esto no se refleja en los resultados de la encuesta.
- Las personas que participan en las sesiones de crónicos presentan mejor manejo de su enfermedad y adherencia al tratamiento en comparación con quienes no asisten.
- Las personas con alguna dislipidemia o hipertensión arterial le dan menos importancia a su patología que quienes padecen de diabetes, ya que les preocupa más su condición.
- Las personas no reconocen el apoyo brindado por parte del grupo de crónicos, más bien es percibido como una pérdida de tiempo, ya que desconocen la función, objetivos y beneficios del mismo.
- El número de las personas con enfermedades cardiovasculares crónicas en la UNA es mucho mayor a la población captada en la encuesta, lo cual refleja el desinterés y pereza a temáticas en salud, lo que a su vez se relaciona con la baja asistencia al grupo de crónicos.
- Es importante desarrollar nuevas estrategias que permitan tener un mayor acercamiento y captar mayor población con enfermedades crónicas.
- Es relevante que el personal de salud desarrolle eficazmente su papel como educador o educadora en salud, a fin de que las personas

tengan un adecuado conocimiento de su salud para un mejor manejo de su condición.

- Las preguntas de la escala de autoeficacia deben de adecuarse a un vocabulario más comprensible para la población en general.
- Las personas por lo general relacionan la palabra cansancio con las actividades de la vida diaria y no con los síntomas propios de la patología.
- Las personas trabajadoras de la UNA en su rutina diaria no detectan sus malos estilos de vida, por lo tanto no visualizan los cambios que deben de realizar para beneficiar su salud.
- Las crisis en la salud de las personas los motivan a realizar cambios en sus estilos de vida, llegando a alcanzar mejores rendimientos que los que tenían anterior a la crisis.
- Las personas no realizan actividad física ya que consideran que es un motivo más de cansancio y esfuerzo extra, para el cual no creen tener la capacidad de realizarlo.
- La motivación es un factor que influye en las actividades que las personas quieren realizar con respecto al manejo de su enfermedad.
- El resultado obtenido en la encuesta, referente a que las mujeres tienen mayor manejo emocional de su enfermedad, se debe a la influencia cultural; está a su vez ha influenciado en la forma en que los hombres y las mujeres acceden a servicios de salud y se interesan por su bienestar.

- Los resultados obtenidos en la encuesta, con respecto al manejo emocional debido a la enfermedad, en las mujeres no concuerda con la realidad debido a que según los registros son ellas quienes tienen mayor consulta en cuanto a trastornos emocionales. Además, aunque los datos reflejan su seguridad en cuanto al manejo emocional debido a su enfermedad, en la realidad ocurre lo contrario, en la mayoría de los casos.
- La población costarricense suele confiar más en los efectos de la medicina no convencional o alternativa para el manejo de sus enfermedades que en el sistema de salud, ya que a este le hace falta credibilidad y confianza para que la población recurra al mismo.
- Si las personas tuvieran una mejor autoeficacia, tendrían un mejor control de su enfermedad, no habrían tantas complicaciones.
- Existe la necesidad de que la población genere estilos de vida saludable y los incorpore a su vida como hábitos desde edades tempranas.
- Existe un desconocimiento y sentimiento de negación de la población con respecto a la aceptación de su enfermedad.
- Aunque las personas tengan la seguridad de poder realizar una acción para mejorar su salud, esto no indica que la vayan a ejecutar.

Seguidamente se indica los supuestos determinados a partir del foro llevado a cabo con tres Doctores de la Escuela de Enfermería de la UCR, la Dra. Ana Laura Solano, la Dra. Vivian Vílchez y el Dr. Benjamín Reyes:

- Sería provechoso realizar la encuesta tanto de manera presencial como digital, ya que lo obtenido por medio de ambos métodos resultaría con mucha información de gran importancia.
- Es relevante considerar la diferencia que se presenta a nivel de comportamiento entre los hombres y las mujeres al tener una enfermedad cardiovascular crónica, además de ser fundamental la argumentación teórica de este fenómeno.
- Los niveles altos de autoeficacia obtenidos a partir de la aplicación de la encuesta no se manifiestan en la vida real.
- Las personas responden la Escala según lo que es visto socialmente correcto y no como realmente viven estos aspectos.
- Las mujeres tienen un nivel de autoeficacia alto, esto es debido a su educación y el rol que les es asignado socialmente, por lo que ellas tienden a cuidarse, expresar sus sentimientos y tener gran inteligencia emocional, además visitan más los centros de salud.
- Los hombres esperan que alguien más asuma su autocuidado, además que ellos son castigados socialmente si manifiestan algunos de sus sentimientos, por lo que tienden a tener un nivel de autoeficacia más bajo que las mujeres.
- Es más probable que las personas que participaron en la encuesta tengan una autoeficacia alta, ya que su nivel elevado de autoeficacia es lo que las insta a participar.

- En la investigación se está analizando un asunto multicausal, por lo que consideran que sería interesante haber podido medir comportamientos para identificar la relación con lo evidenciado en las encuestas.
- Es importante tomar en cuenta que no todas las personas que ingresaron a la encuesta son atendidas en el centro de salud de la UNA, ya que puede ser que las que sí son atendidas son las que tienen los niveles más bajos de autoeficacia.
- Para que las personas tengan una buena autoeficacia, va a depender de la capacidad que posean para la resolución de conflictos, la habilidad para enfrentar situaciones imprevistas en la vida, la confianza que tengan en poder lograr los objetivos y metas propuestas.
- El autoconocimiento es muy importante, sino se posee no es posible identificar los problemas ni plantear metas.
- Si una persona no percibe que tiene una enfermedad, cuando si la tiene, cree que no tiene que cuidarse, por lo que no se propone ninguna meta.
- El sistema de salud no incita a las personas a proponerse metas ante su condición de salud, además induce a dudas, y no educan en salud a la población para que generen metas en el futuro.
- El sistema de salud debe educar a la población de la mejor manera y con información fundamentada teóricamente, para que no creen todo lo

que dicen a su alrededor o en medios de comunicación que ofrecen información falsa.

- Sobre la temática de autoeficacia se han hecho y hacen diversas cosas, pero muy pocas van enfocadas a personas con enfermedades cardiovasculares crónicas, por lo que consideran que la investigación que se está realizando en este seminario es de gran relevancia, ya que se generó acceso a estas personas.
- A pesar de que la enfermedad crónica ocupa los primeros lugares en morbilidad en el país, aspectos como la autoeficacia que son importantes en esta población no son estudiados.
- En Costa Rica, enfermería no trabajaba la autoeficacia, hasta hace muy poco se investiga sobre el tema.
- La autoeficacia solo es un primer paso para lograr el cambio, debido a que puede que las personas tengan una alta autoeficacia en determinado tema, sin embargo no cambian su conducta ante esto, aunque se sientan capaces de cambiar.
- Ante los resultados indicados de esta investigación, se podría estudiar si la autoeficacia varía según la cantidad de años que tenga la persona de padecer una enfermedad cardiovascular crónica.
- Ante los datos obtenidos, se puede estudiar la autoeficacia por grupos de edad, si esta cambia en los diferentes grupos, o va aumentando.
- Las preguntas de la escala son entendibles, pero un poco largas.

- Es importante que las personas se conozcan para responder de la mejor manera ante las opciones que brinda la escala, saber diferenciar diversos síntomas producidos por la enfermedad y los que no son producidos por la misma, todo esto siendo parte de la autoeficacia.
- Existe un sesgo en las preguntas, este es que algunas personas no se conocen por lo que no responden correctamente, señalan que si las personas no están entendiendo las preguntas no es por un problema de redacción.
- En la encuesta se debe diferenciar los conceptos de fatiga y cansancio, debido a que las personas no suelen conocer esa diferencia, o como opción dejar solamente cansancio que es el que la mayoría de personas entiende.
- El trabajo interdisciplinario es un reto para nosotros, debido a la importancia de compartir y unir criterios para trabajar por un objetivo en común.

Capítulo V

5.1. Discusión

En este capítulo se presenta la discusión de los resultados obtenidos tanto de la fase investigativa como de la fase reflexiva, relacionando dichos datos con la teoría, investigaciones y conceptos indagados. El orden es el mismo del capítulo anterior, comenzando con la discusión de los datos sociodemográficos y luego con los resultados obtenidos a partir de la aplicación de la escala de autoeficacia, tanto de 4 como de 6 ítems. Posteriormente al culminar con la discusión, se presentan las limitaciones, conclusiones generales y finalmente las recomendaciones.

5.1.1. Datos sociodemográficos

5.1.1.1. *Enfermedades cardiovasculares crónicas*

Se ha visto que en Costa Rica, según datos de la Dirección de Vigilancia de la Salud, las enfermedades del sistema circulatorio constituyen la principal causa de muerte de la población²⁰, ejemplo de esto, en el año 2012 se registró un total de 5.651 muertes, con una tasa de 91,3 por cada 100.000 habitantes²⁰. Este elevado número de muertes es un reflejo de la cantidad de personas que tuvo o tiene algún tipo de enfermedad no transmisible, por lo cual se vuelve esencial analizar esta temática. Los resultados obtenidos en esta investigación emulan la realidad nacional, debido a que la totalidad de la muestra presenta al menos una enfermedad cardiovascular crónica, ya que esto era un criterio de elegibilidad, sin

embargo tomando en cuenta que, según los supuestos obtenidos a partir de la fase reflexiva, las personas indican que el número de funcionarios y funcionarias con enfermedades cardiovasculares crónicas presentes en la UNA es mucho mayor a la población captada en la encuesta.

De igual forma, las patologías de mayor incidencia en las personas participantes en estudio, indicadas además por autoreporte, fueron las siguientes, en orden descendente: hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, cardiopatía congénita, infarto agudo al miocardio, evento cerebrovascular, cáncer, insuficiencia renal y cardiopatía crónica.

Seguidamente, se vuelve necesario enfocarse en las tres enfermedades cardiovasculares crónicas de mayor incidencia reportadas en los resultados. En primer lugar se indica, en más de la mitad de la muestra (68%), la hipertensión arterial, la cual representa un factor de riesgo para las demás enfermedades cardiovasculares crónicas.

Siguiendo la misma línea, dentro de los principales factores de riesgo que influyen en la aparición de enfermedades crónicas se puede mencionar el estrés, tabaquismo, consumo de alcohol, hipertensión arterial, sedentarismo, dietas no saludables, sobrepeso, obesidad y niveles de colesterol elevado³³. De acuerdo con lo anterior, durante la fase reflexiva, se menciona que existe la necesidad de que la población genere estilos de vida saludables y los incorporen a su vida como hábitos desde edades tempranas, previniendo de esta forma que se presenten los factores de riesgo referidos anteriormente.

Vinculado con lo anterior, la segunda “Encuesta de Factores de Riesgo Cardiovascular” (EFRCV), realizada por la CCSS en el 2014 evidenció que la prevalencia general de HTA diagnosticada fue de 31,2%, y la no diagnosticada fue de 5,0% ⁶⁷. De igual manera, en el quinquenio 2014-2018 se han notificado en promedio 14.378 casos de hipertensión arterial por año, con una tasa promedio de 294,2 casos por 100.000 habitantes⁶⁷. Lo que reafirma a nivel nacional la incidencia de la HTA, mostrada en los datos obtenidos en el presente trabajo.

Como segundo lugar dentro de los datos extraídos de los resultados, se encuentra la diabetes, indicando un total de 20 personas (29%). Está a su vez representa un factor de riesgo cardiovascular (como ejemplo en los ataques al corazón y los accidentes vasculares cerebrales) en conjunto con el tabaquismo, las dietas malsanas, la obesidad, el sobrepeso, la inactividad física, el consumo nocivo de alcohol, la hipertensión arterial y la hiperlipidemia ³³.

De acuerdo con lo anterior, la Organización Mundial de la Salud menciona que la prevalencia de Diabetes Mellitus ha aumentado el doble en los últimos 20 años, principalmente en los países de ingresos bajos y medios, lo cual incluye a Costa Rica, donde según los datos reportados por el Ministerio de Salud, en el quinquenio 2014-2018 se notificaron en promedio 8.851 casos por año, con una tasa de 181,0 casos por 100.000 habitantes⁶⁷. Por esta razón, es relevante tomar con seriedad el manejo y la prevención de una enfermedad como esta, que a su vez predispone el desarrollo de otras patologías como lo son las enfermedades cardiovasculares crónicas.

Siguiendo la misma línea, resulta importante rescatar que dentro de la muestra involucrada en este trabajo, 13 personas (18,8%) presentan diabetes e hipertensión de manera conjunta; lo que se relaciona con datos estadísticos a nivel mundial, donde se obtiene información relacionada con esta comorbilidad, generando como resultados que entre un 50% y un 60% de las personas diabéticas son hipertensas, porcentaje que aumenta con la edad⁶⁸. Igualmente, se indica que la prevalencia de hipertensión arterial (HTA) en las personas con diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es de 1,5 a 2 veces superior que en las no diabéticas⁶⁸. Por otra parte, las personas con hipertensión tienen un riesgo 2,5 veces superior de desarrollar diabetes mellitus tipo 2⁶⁸.

Como tercer lugar, están las dislipidemias, que aunque en los resultados del presente trabajo no se obtiene una cantidad alta de personas con este factor (9 personas que corresponden a un 13%), en la población costarricense si representa un problema en aumento⁶⁷. Estos resultados se correlacionan con información nacional consultada, la cual indica que el 45,7% de la población presenta niveles de colesterol total mayor o igual a 200 mg/dL, factor de riesgo importante para padecer una enfermedad cardiovascular⁶⁹.

Por consiguiente, la hipertensión arterial, la diabetes y las dislipidemias conforman las patologías de mayor prevalencia tanto en la muestra estudiada como en la población en general, incluso presentándose de manera conjunta. En relación con esto, durante la fase reflexiva se rescata que las personas con alguna dislipidemia o hipertensión arterial le dan menos importancia a su patología que quienes padecen de diabetes, ya que les preocupa más su condición. Esto puede

deberse a la representación social que tiene la población con respecto a la diabetes, refiriéndose a esta como "mala", "terrible", "incurable", "traicionera" y "progresiva", creen que genera problemas serios en la salud de las personas e, inclusive, que las lleva a la muerte⁷⁰. Lo que permite reflexionar que la población no cuenta con el suficiente conocimiento de sus patologías y por consiguiente de las complicaciones que puede desencadenar un mal manejo de las mismas.

Otro dato importante, en relación con los resultados de la encuesta que debe analizarse es que los datos de las enfermedades cardiovasculares eran dados mediante autoreporte, por lo tanto, podría existir la posibilidad de que algunas personas tuvieran alguna enfermedad y desconocieran tenerla, de esta forma no lo indicarán en la encuesta, así como también podría existir el hecho de que negarán tener alguna de estas enfermedades. Como se puede ver, es información que podría estar sesgada, debido al hecho de que los datos fueron brindados por medio de autoreporte.

Aunado a esto, como resultado de la fase reflexiva, se determina que existe un desconocimiento y sentimiento de negación de la población, con respecto a la aceptación de su enfermedad. Por esto se considera, que esta situación debería aumentar la preocupación por parte del equipo de salud y con ello desarrollar acciones que impacten positivamente la salud de las personas. En concordancia con esto, es relevante desarrollar nuevas estrategias que permitan tener un mayor acercamiento y captar mayor población con enfermedades crónicas y sin ellas, para enfocarse también en acciones preventivas.

Es aquí, donde se rescata la importancia que tienen las herramientas que el equipo de salud pueda brindar a la población, ya que como se señala en uno de los supuestos, es relevante que el personal de salud desarrolle eficazmente su papel como educador o educadora en salud, a fin de que las personas tengan un adecuado conocimiento para un mejor manejo de su condición. Ejemplo de estas herramientas es la autoeficacia, que junto con el conocimiento, mejoraría el manejo que la persona tiene sobre su enfermedad, lo anterior se refuerza con uno de los resultados obtenidos a partir de la fase reflexiva, donde se menciona que si las personas tuvieran una mejor autoeficacia, tendrían un mejor control de su enfermedad y por lo tanto no habrían tantas complicaciones.

5.1.1.2. Sexo

Con respecto a la variable sexo, se determinó por medio de los resultados que en más de un 50% los funcionarios y las funcionarias trabajadores de la universidad Nacional con enfermedades cardiovasculares crónicas que completaron la encuesta son mujeres.

El compendio de información estadística titulado Costa Rica en cifras 2018, refiere que para el 2018, Costa Rica tenía una población de 5 003 402 ⁷¹. La distribución de las personas trabajadoras según empresas refleja que un 15% de la población, es el que se dedica a actividades de servicios administrativos y de apoyo⁷¹. Respecto a la participación según sexo en el área de la enseñanza, el 35% son hombres, mientras que el 65% son mujeres⁷¹. Se puede deducir entonces, que

es probable que la mayoría de la población trabajadora de la UNA son mujeres, lo que justificaría por qué la muestra encuestada sean más mujeres que hombres.

Por otro lado, el Análisis de la Situación en Salud 2018, indica que la prevalencia de hipertensión arterial diagnosticada en el sexo masculino fue de 28,2% y la no diagnosticada fue de 6,6%, mientras que para el sexo femenino, la prevalencia de hipertensión diagnosticada fue de 34,2% y la no diagnosticada fue de 3,4% ⁶⁷. Además, se observa como enfermedades como la diabetes mellitus tiene una prevalencia de 10,50% en hombres, mientras que en las mujeres es un 14,90% para el año 2014 ⁶⁷. Sin embargo, los casos por infarto agudo al miocardio fueron mayores en hombres que en mujeres, según datos de años del 2014 al 2017⁶⁷. Por lo que podría pensarse, que el sexo es un factor que influye en la prevalencia de las enfermedades cardiovasculares crónicas, de ahí la importancia que se le debe dar a estas condiciones.

Datos obtenidos durante la etapa reflexiva, sugieren que las mujeres tienen mayor manejo emocional de su enfermedad, que esto puede deberse a la influencia cultural; porque esta a su vez ha influenciado en la forma en que los hombres y las mujeres acceden a servicios de salud y se interesan por su bienestar. Sin embargo, estos resultados no concuerdan con la realidad, debido a que, según los registros de la Universidad Nacional, son ellas quienes tienen mayor consulta en cuanto a trastornos emocionales.

Podría decirse, que las enfermedades cardiovasculares crónicas deberían ser un tema de preocupación, tanto para hombres como mujeres; es responsabilidad de

los y las profesionales en salud velar porque el manejo de estas enfermedades mejore, pero tomando en cuenta las potenciales diferencias tanto biológicas como culturales entre ambos sexos.

5.1.1.3. Estado civil

Al analizar el estado civil de la muestra, según los resultados de la encuesta, se observó como la mayoría de las personas trabajadoras de la Universidad Nacional estaban casadas o en unión libre, mientras que la menor cantidad todavía eran solteras.

Según el Panorama Demográfico 2018 del Instituto Nacional de Estadística y Censos, los matrimonios de tipo civil han aumentado considerablemente en los últimos veinte años, al representar actualmente el 75,6 % de los matrimonios registrados durante el 2018 ⁷². La relación entre tipos de matrimonio es 1:3, es decir, por cada matrimonio católico, se celebran tres matrimonios civiles⁷².

De acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadística y Censos, los matrimonios han ido en disminución, ya que en 1998 se registraron 24 831 matrimonios, lo que significó en aquel momento una tasa de 6,71 matrimonios por mil habitantes, mientras que para el 2018, la cantidad de matrimonios disminuyó a 23 603, que representa una tasa de 4,72 matrimonios por mil habitantes⁷². Otro dato importante de recalcar es que entre 1998 y 2018, los hombres atrasaron su edad de casarse en 9 años y las mujeres en 8 años, actualmente la edad promedio al contraer matrimonio es de 36 para los hombres y 33 años para las mujeres⁷².

Se considera que estos datos podrían relacionarse, con la aparición de enfermedades cardiovasculares crónicas tanto en hombres como en mujeres. Como ejemplo de ello, los resultados de una investigación internacional, llamada Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en la población del Área I del municipio Cienfuegos, demostraron que la prevalencia de estas enfermedades se encuentra más presente en las personas de 35 a 44 años, de sexo femenino y con estado civil casado⁷³.

Esta información podría llevar a cuestionar, si diversos factores asociados a estilos de vida entre personas casadas o que conviven con otra persona como el estrés, ansiedad entre otros, podrían estar asociadas a los factores de riesgo que predisponen a sufrir de alguna o algunas enfermedades cardiovasculares crónicas. Sin embargo, también podría deberse a la edad, ya que por lo general la aparición de enfermedades cardiovasculares crónicas va ocurriendo en edades avanzadas, cuando la mayoría de personas han contraído matrimonio, por lo que al final no sería el estado conyugal sino la edad lo que predispone a las personas a padecer de alguna enfermedad cardiovascular crónica.

En un estudio se investigó, sobre el papel que juega la edad en el primer matrimonio y su relación con el riesgo de padecer de enfermedades cardiovasculares crónicas y cáncer en edades adultas⁷⁴. Se determinó que los matrimonios tempranos y los tardíos, se asociaron con un mayor riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares crónicas y cáncer en los hombres en la edad adulta, que las características familiares son variables mediadoras, que podrían

explicar los efectos negativos del matrimonio temprano y tardío en el riesgo de enfermedades crónicas en los hombres, por ejemplo, el estrés de estar "fuera de tiempo" al contraer matrimonio puede tener efectos negativos en la salud mental de los hombres⁷⁴. Por otro lado, en esta investigación la edad al primer matrimonio no estaba relacionada con el riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares crónicas o cáncer en el caso de las mujeres, pero se atribuyen los resultados a características propias de la muestra⁷⁴.

Otra investigación estudió la insatisfacción matrimonial y el riesgo de muerte súbita cardíaca entre los hombres de mediana edad, en este caso no se encontró relación entre la satisfacción matrimonial y la muerte súbita cardíaca, sin embargo si se determinó que los conflictos en el matrimonio se han asociado con un riesgo potencial de llegar a padecer alguna enfermedad cardiovascular crónica, independientemente de los factores de riesgo cardiovasculares que la muestra presentó⁷⁵.

Con lo anterior, se podría especular entonces que tanto la edad como el estado civil podrían influir en la aparición de enfermedades cardiovasculares crónicas.

5.1.1.4. Edad

La muestra se encontraba en un rango etario de 24 a 64 años, a partir de ello se visualizó que la concentración de los y las participantes aumentó conforme incrementaba la edad, ubicándose la mayor proporción entre los 50 a 59 años; fenómeno que se relaciona a la edad como factor de riesgo no modificable de las enfermedades cardiovasculares crónicas, donde su incidencia se eleva a mayor

edad⁷⁶. Lo cual concuerda con los resultados obtenidos en un estudio realizado por el Ministerio de Salud en el Área Metropolitana, referente a la hipertensión y diabetes, donde se mencionan algunos factores de riesgo asociados que suelen tener un comportamiento acumulativo con respecto a la edad, como son la obesidad, colesterolemia, alimentación, sedentarismo, consumo de tabaco y alcohol, lo que refleja los hábitos poco saludables de un amplio porcentaje de la población adulta que participó⁶⁹.

Esto a su vez se evidencia en la Encuesta de Factores de Riesgo Cardiovascular, donde la incidencia de enfermedades como la diabetes mellitus y la hipertensión tiende a aumentar a partir de los 40 años, siendo mayor en el grupo de 65 a 69 años⁶⁷.

La muestra comprendida entre los 20 y 29 años obtuvo una cantidad restringida con tan solo 2 participantes; lo que no es congruente con lo obtenido dentro de la fase reflexiva, ya que se resalta que en la UNA actualmente se ha visto un aumento de la población adulta joven con enfermedades cardiovasculares crónicas. A pesar de que la población que se ve más afectada por las enfermedades crónicas son las personas adultas mayores, se ha identificado que todos los grupos de edad se están viendo igualmente afectados por estas enfermedades crónicas³⁵. Lo que puede estar relacionado a un aumento de los factores de riesgo cardiovasculares que se presenta en personas cada vez más jóvenes, como el fumado, sedentarismo, estrés, consumo de alcohol, obesidad y dietas ricas en grasas saturadas⁷⁷.

Destacando así la importancia de que el personal en salud aborde a la población desde edades tempranas, ya que la niñez es la etapa en la se que desarrollan hábitos, actitudes, destrezas y valores, que influyen en la formación de estilos de vida, por lo tanto la educación para la salud, dirige la adopción de comportamientos, actitudes y hábitos sanos para mantener y cuidar de su salud, así como buscar ayuda cuando es necesario, para así prevenir la incidencia de las enfermedades cardiovasculares al abordar y disminuir los factores de riesgo⁷⁸.

5.1.1.5. Nivel de escolaridad.

Con respecto a los datos de la encuesta de autoeficacia referentes al nivel de escolaridad, se evidencia que la mayoría de los y las participantes cuenta con universidad completa, lo que indica que la mayor proporción de la muestra tiene un alto nivel de escolaridad.

La educación es un aspecto importante a considerar, ya que es uno de los determinantes sociales de la salud, factor de influencia para la calidad de vida y bienestar de las personas, debido a que impacta de forma positiva, por medio del acceso y la utilización efectiva y oportuna de los servicios de salud⁶⁷.

En varios estudios se ha relacionado el nivel educativo con las enfermedades cardiovasculares crónicas, resaltando que los factores de riesgo (como hipertensión, tabaquismo y obesidad) aumentan su prevalencia según disminuye el grado de educación⁷⁹; además, se le relaciona a un desconocimiento de la enfermedad (síntomas, complicaciones y tratamiento) y a un bajo poder

adquisitivo que limita la asistencia a centros de salud y obtención de medicamentos prescritos, repercutiendo así en la adherencia a estos⁸⁰.

En una investigación sobre factores de riesgo cardiovascular y su relación con el nivel educativo, se evidencia que la población con baja educación presentan una mayor prevalencia de factores de riesgo cardiovascular, relacionado a menores conocimientos sobre promoción de la salud y dificultad económica para acceder a una dieta variada, en cambio las personas con un nivel educativo alto suelen tener más conocimientos sobre enfermedad cardiovascular y estilos de vida saludables⁸¹.

Sin embargo, este no es un dato congruente con los resultados de la presente investigación, ya que la mayoría de la muestra cuenta con universidad completa y aun así presentan enfermedades cardiovasculares crónicas. Esto se puede relacionar a que a un mayor nivel educativo, más son las dificultades que se presentan para llevar estilos de vida saludable. Esto se puede visualizar en estudios realizados en población universitaria, que han demostrado que durante esta etapa se da un abandono de estilos de vida saludables y se adquieren otros nocivos, generando un aumento de los factores de riesgo cardiovascular⁸².

Por ejemplo, en una investigación realizada en personas universitarias de primer y sexto año de medicina, se muestra un aumento de los malos hábitos alimenticios en estudiantes de años superiores, ya que son quienes consumen con mayor frecuencia comidas rápidas y gaseosas⁸³. De igual forma, en una investigación sobre hábitos saludables en estudiantes del Grado en Farmacia, la mayoría de la muestra indicó dificultad para mantener estilos de vida saludables,

evidenciado en la disminución del ejercicio físico tras el comienzo de los estudios en la universidad, a causa de la falta de tiempo y voluntad para realizarlo, así mismo el consumo de alcohol muestran una clara tendencia a aumentar tras esta etapa ⁸².

Esto concuerda con datos nacionales, debido a que en una encuesta realizada por el Ministerio de Salud, se evidenció que las personas con alto nivel educativo fueron quienes presentaron la prevalencia más alta en consumo de alcohol y tabaco⁶⁹. Aumentando así, los factores de riesgo y predisposición a padecer enfermedades cardiovasculares.

Lo anterior permite considerar, que la prevalencia de las enfermedades cardiovasculares crónicas en Costa Rica va más allá del nivel educativo y puede estar más íntimamente relacionado a la educación en salud (por ejemplo: la promoción de la salud y prevención de la enfermedad) de la población en general, impartida en todos los nivel de atención según sus funciones.

Como se menciona en la fase reflexiva, el sistema de salud no incita a las personas a proponerse metas ante su condición de salud, también induce a dudas y no educan en salud a la población, generando que las personas no sean conscientes de su condición; además pese a que en el siglo XX el sistema de salud estaba diseñado para abordar padecimiento agudos y las funciones del personal de salud estaban dirigidas a diagnosticar y tratar, sin embargo, en la segunda mitad de este siglo esto se modificó, ya que el estilo de vida de los usuarios y las usuarias a cambiado, generado una variación en las enfermedades que predominan actualmente⁴⁵. Hoy día prevalecen las patologías crónicas, por ello el abordaje

debe ser distinto, debido a que si se trata de una enfermedad a largo plazo el rol del profesional en salud debe ser el de educación, orientación y supervisión, promoviendo la autogestión para el manejo de enfermedades crónicas ⁴⁵.

Lo que da una llamada de alerta al personal en salud, a educar a la población de la mejor manera y con información fundamentada teóricamente, a fin de que las personas tengan un adecuado conocimiento de su salud, mejor manejo de su condición y disminución de los factores de riesgo.

Por otra parte, la incongruencia de los datos también se podría relacionar, a que en las enfermedades cardiovasculares crónicas se han encontrado diferencias muy marcadas entre poblaciones, principalmente cuando se trata del desarrollo del país, ya que estudios sobre diabetes, hipertensión y obesidad en países de elevado ingreso suelen demostrar una mayor prevalencia a medida que disminuyen el nivel educativo, contrario a lo que se evidencia en países de bajos ingresos en donde a mayor nivel educativo mayor predominio de dichas enfermedades⁷⁹.

5.1.1.6. Principal sostén económico familiar

En los resultados referentes al principal sostén económico, se presentó que la mayoría de los funcionarios y las funcionarias de la UNA, son los o las responsables de ayudar a sus familias en la parte económica, siendo 48 personas (69%), por lo que resulta relevante considerar ante esto la salud laboral de cada una de estas personas, para que puedan cuidar de su salud y responder a sus familias ante la situación que presenten.

5.1.1.7. Información laboral

Como parte de los datos sociodemográficos indagados en este trabajo, también se encuentra la información laboral, debido a que el contexto de este seminario estuvo caracterizada por pertenecer al grupo de trabajo de una institución en específico, la Universidad Nacional de Costa Rica. De acuerdo con los resultados, se puede mencionar que la mayoría de la muestra presentó como tipo de nombramiento una plaza o propiedad.

Un dato relevante de investigar en una población trabajadora son la cantidad de horas laboradas semanalmente, en este caso la mayoría de personas trabajan entre 31 y 40 horas semanales y una minoría, laboran más de 51 horas semanales. Asimismo, resulta importante conocer la cantidad de años que las personas han trabajado en esta institución, de acuerdo con esto, una cantidad significativa ha laborado entre 0 a 5 años, a pesar de que los datos se encuentran dispersos entre los diferentes intervalos de tiempo laboral, como se presenta de forma más detallada en los resultados.

Por esto, se puede observar como la muestra es muy variada en cuanto a años laborados en la institución, conservando su característica de poseer una enfermedad cardiovascular crónica. Estos resultados son indispensables, ya que permiten observar cómo sin importar la cantidad de tiempo que invierten las personas en su trabajo, es aquí donde la mayoría de ellas permanecen durante la semana y durante años, por lo tanto, el lugar de trabajo es un factor influyente en la salud que puedan poseer.

Esto se puede reflejar en un estudio reciente realizado a una muestra de hombres y mujeres que trabajan en la Policía Nacional Civil del Salvador, donde mencionan varios intervalos de tiempo laborado y como la muestra se encuentra distribuida en cada uno de ellos⁸⁴. En este caso la población escogida de la institución tiene antecedentes de fallecimiento por enfermedades no transmisibles entre un rango de edad entre los 30 y los 60 años, además explican cómo el ambiente laboral insalubre es un factor influyente, refiriéndose a este como un ambiente físico y psicosocial vulnerable, que combinado con los factores de riesgo derivados de los aspectos conductuales del personal, agrava el problema⁸⁴.

En el caso de los funcionarios y las funcionarias de la UNA que tienen enfermedades cardiovasculares crónicas, es importante que el entorno laboral le brinde herramientas y con ello se promueva la salud de cada persona; entre ellas, condiciones físicas, psicológicas, sociales y organizacionales saludables y seguras, que a su vez permitan tanto a los o las jefes como los y las trabajadores, tener un mayor control sobre su propia salud, poder mejorarla, ser felices, positivos y positivas y tener ganas de hacer su trabajo de la mejor manera⁴⁹.

Un entorno laboral saludable permite a sus integrantes tener mayores niveles de motivación, no solo en su trabajo sino en su vida en general, ya que la persona tiene los recursos para enfrentar adecuadamente sus problemas, preocupaciones, estrés, etc.¹², lo cual es fundamental para mejorar su autocuidado, autogestión y autoeficacia. Lo anterior se relaciona con algunos de los resultados obtenidos en la fase reflexiva, en la que se identifica que la motivación es un factor que influye

en las actividades que las personas quieren realizar con respecto al manejo de su enfermedad, además de que la motivación es importante para cambiar algunos hábitos que perjudican su salud.

Por otro lado, cuando este entorno no es saludable la persona puede presentar algunos factores de riesgo como lo son: la inactividad física, la alimentación inadecuada, consumo de alcohol y tabaco⁴⁹. Estos factores aumentan el riesgo de complicaciones de las personas que ya poseen enfermedades cardiovasculares crónicas y representan conductas de riesgo para aquellas que aún no las tienen. Esto concuerda con uno de los resultados obtenidos en la fase reflexiva, en la cual se menciona que las personas trabajadoras de la UNA en su rutina diaria no detectan sus malos estilos de vida, por lo tanto no visualizan los cambios que deben de realizar para beneficiar su salud. También, señalan que la sobrecarga laboral es la causante del estrés en los funcionarios y las funcionarias, otro factor negativo influyente en su condición.

Otro punto relevante, es que estas personas al padecer una enfermedad cardiovascular crónica necesitan tener el control de su enfermedad, por lo que en el ambiente laboral deben promover en sus trabajadores el apego a la medicación, al manejo de sus síntomas, a tener un puesto de salud al cual puedan acudir para consultar algún problema o a dar seguimiento al plan que tienen para mejorar sus estilos de vida, así fomentando la calidad de vida⁴⁹. Igualmente se requiere de profesionales en salud que se encarguen de brindar educación, supervisión y orientación a cada uno de los funcionarios y las funcionarias, además de basar su

intervención en el cuidado colaborativo, para así fortalecer la autogestión y a su vez el autocuidado de las personas.

Ante lo dicho se puede señalar que las personas serán más productivas, beneficiando tanto al lugar de trabajo como así mismos o mismas, de esta manera podrá llevar sustento a su familia, sin miedo a que su salud se vaya deteriorando y tenga que dejar su trabajo y no poder hacerse responsable económicamente de su hogar, aquí la importancia de promover la salud laboral.

Respecto con lo mencionado anteriormente, en un estudio internacional obtuvieron resultados que reflejan la relación de la autoeficacia con dos variables centrales: el burnout (agotamiento-cinismo) y el engagement (vigor y dedicación), concluyeron que cuanto mayor es la creencia en la propia capacidad para afrontar una situación adversa (autoeficacia), menores son los síntomas de agotamiento emocional y cinismo; asimismo, en cuanto más confíe un profesional en su capacidad para desempeñar sus funciones personales y laborales (autoeficacia) mayores son sus sentimientos de vigor y dedicación en el trabajo¹¹.

Bajo la misma línea, en otro estudio internacional se demuestra teóricamente la influencia que puede tener la autoeficacia en el estrés laboral y en el bienestar de las personas trabajadoras, se llegó a la conclusión de que las personas trabajadoras con una alta autoeficacia podrían sentirse más felices con su trabajo, debido a que poseen pensamientos más positivos y mayor seguridad que puede conllevar, con mayor probabilidad, a que obtengan mejores resultados en sus labores¹².

Estos estudios destacan la importancia que tiene la autoeficacia como herramienta, no solo para mejorar el control que una persona pueda tener en cuanto a una enfermedad cardiovascular crónica, sino también por la influencia positiva que tiene sobre otros ámbitos de la vida. Igualmente, rescatan la relevancia que tiene un entorno laboral saludable y como este debe brindar recursos a sus integrantes para que estos alcancen un óptimo nivel de bienestar, logrando así que se obtengan mejores resultados en cuanto a productividad y motivación.

5.1.1.8. Antecedentes de salud

Los antecedentes familiares son un factor genético relevante que predispone a las personas a presentar enfermedades cardiovasculares crónicas. Respecto a los resultados de esta investigación se obtuvo que los funcionarios y las funcionarias participantes con antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular crónica fueron 61 (88,4%).

En un estudio realizado en Cuba sobre enfermedades crónicas no transmisibles, señalaron que las personas que padecen una enfermedad de este tipo, se caracterizan por presentar una elevada incidencia del antecedente familiar de primer grado siendo esta en un 77,9% de los y las participantes⁸⁵. Relacionado a los datos extraídos en este seminario mostrados antes, el estudio mencionado afirma el predominio del antecedente familiar. Otro punto que indican en la investigación, es que la enfermedad crónica no transmisible que se da de mayor manera es la hipertensión arterial⁸⁵.

Según una guía realizada por la CCSS, la posibilidad de padecer enfermedades cardiovasculares crónicas debido a la parte genética, se requiere que la persona tenga una historia de enfermedad cardiovascular prematura en familiar de primer grado, en una mujer antes de los 65 años, o en un hombre antes de los 55 años⁸⁶. De esta forma, se evidencia la influencia que tienen los antecedentes familiares para que las personas desarrollen alguna de estas enfermedades.

De igual manera, como parte de los antecedentes de salud de la persona, se encuentra el tratamiento farmacológico, obteniendo como resultados de esta investigación, que la mayoría de personas se encontraban bajo algún tratamiento médico referente a su enfermedad cardiovascular crónica.

El tratamiento farmacológico desempeña un papel muy importante para las personas con enfermedades cardiovasculares crónicas, en varias condiciones resulta necesario prescribir un tratamiento farmacológico como en el caso de la diabetes, la hipertensión o la hiperlipidemia, así el riesgo cardiovascular se reducirá y se previenen ataques cardíacos y accidentes cerebrovasculares³³, por lo cual se vuelve fundamental que su adherencia sea la adecuada.

A nivel nacional se reportan porcentajes bajos de personas que no tienen algún tratamiento farmacológico, en el caso de enfermedades crónicas, por ejemplo se menciona que un 81,1% de las personas hipertensas en el área metropolitana tienen tratamiento farmacológico y en el caso de la diabetes un 57,2% toman medicamentos orales, 24,8% se aplica insulina, 12,9% tiene dieta especial para tratar la diabetes y el 5,1% acude a tratamientos como homeopatía, remedios

caseros, bajar de peso y hacer ejercicio, entre otros⁶⁹. Sin embargo, es importante no solo que las personas reciban el tratamiento farmacológico requerido de acuerdo con su padecimiento, sino también que tengan el conocimiento adecuado sobre todo lo referente a su tratamiento: administración, almacenamiento, efectos secundarios y disposición final.

De acuerdo con lo anterior, en una investigación internacional concluyen que el conocimiento de los niveles de autoeficacia para el afrontamiento del estrés del paciente, permite trabajar con los y las pacientes una mayor adherencia terapéutica, favoreciendo así a la recuperación y prevención de futuros eventos¹⁰. De igual forma en otro estudio, rescatan como un nivel alto de autoeficacia tiene consecuencias benéficas para el funcionamiento de la persona y para su bienestar general; en el caso de que se someta a tratamientos, hay más probabilidad de que los lleve a cabo exitosamente⁸⁷.

Otro punto importante a traer a discusión es el control médico, y es que según la encuesta realizada 64 funcionarios o funcionarias (92.8%) llevan control médico sobre su enfermedad, sin embargo, 5 personas (7.2%) no llevan control en ningún centro médico o institución, aunque la cifra no es alarmante, se debe tomar en cuenta que el tamaño de la muestra no abarca a toda la población trabajadora de la Universidad Nacional y que muy probablemente esa cantidad de personas que no asisten a sus controles médicos podría aumentar, ya que según información obtenida durante la fase reflexiva, se determinó que el número de trabajadoras y trabajadores con enfermedades cardiovasculares crónicas de la Universidad Nacional es mucho mayor a la población captada en la encuesta.

Por ejemplo, una persona diabética, debe llevar control y seguimiento médico permanente y se ha determinado que lo conveniente es que se haga una evaluación trimestral por un especialista, junto con una evaluación multidisciplinaria anual y un periodo de educación de 24 horas anuales, dentro de las que no se encuentran incluidas las recibidas en el momento del diagnóstico, además, la primera consulta ambulatoria debe ser realizada por un médico general debidamente entrenado⁸⁸. Sin embargo, no todas las personas asisten a sus citas y no siempre se cumplen estas características a la hora de los controles médicos, lo que se convierte muchas veces en motivo de deserción por parte de los usuarios y las usuarias⁸⁸.

Un punto a resaltar, es que la población no le da la debida relevancia a su condición, este tipo de enfermedades crónicas se suelen subestimar. Por ejemplo, se analizó en la etapa reflexiva que las personas con alguna dislipidemia o hipertensión arterial, le dan menos importancia a su patología que quienes padecen de diabetes y para agravar más la situación, se determinó que la población costarricense suele confiar más en los efectos de la medicina no convencional o alternativa para el manejo de sus enfermedades que en el sistema de salud, ya que a este le hace falta credibilidad y confianza para que las personas recurran al mismo.

Por ello es necesario reevaluar las formas en que se brindan las citas de control médico, ya que es necesario que el personal de salud desarrolle eficazmente su papel como educador o educadora en salud, a fin de que las personas tengan un

adecuado conocimiento para un mejor manejo de su condición, como se mencionó durante la etapa reflexiva.

No se puede dejar de lado, recalcar la importancia del papel que juega el buen trato del médico con el o la paciente para que los controles médicos sean efectivos, debido a que la mala comunicación entre médico-paciente y la falta de empatía entre ellos o ellas, afecta la adherencia terapéutica y por lo tanto, el éxito de la terapia, lo cual no permite que se evalúen los efectos del tratamiento, provocando un tratamiento más prolongado y una mayor cronicidad de la enfermedad⁸⁹.

Se ha determinado, que si los usuarios y las usuarias reciben información en sus consultas médicas con respecto al tratamiento a seguir para controlar su padecimiento, presentan más adherencia terapéutica, pero si la atención médica tiene una visión solamente centrada en la enfermedad esta no resulta suficiente y muchas veces se convierte en un obstáculo⁸⁹. Por eso durante la etapa reflexiva, se sugirió que el sistema de salud debe educar a la población de la mejor manera, con empatía e información fundamentada.

Posteriormente, como parte de los antecedentes de salud la mayoría de los y las participantes indicó no pertenecer a ningún grupo de apoyo, conformado por 60 personas de la muestra (87%), en relación a ello en la fase reflexiva se analizó este dato con respecto al grupo de personas con enfermedades crónicas, lo cual se vinculó a que generalmente no se reconoce el apoyo que se brinda por parte este

grupo, ya que desconocen la función, objetivos y beneficios del mismo y más bien lo perciben como una pérdida de tiempo y retraso en sus labores.

Ante ello, es relevante tener en cuenta que las enfermedades crónicas son de larga duración y de progresión lenta, por lo que suelen repercutir sobre el área personal y social de quienes la padecen, por ello los grupos de apoyo son importantes, ya que permiten desarrollar estrategias de afrontamiento efectivas y mejora su adaptación emocional, debido a que como parte de su estructura de funcionamiento facilita la expresión de sentimientos, apoyo mutuo, compartir experiencia personales en relación con su condición; además es dirigido por un profesional que brinda educación formal sobre la enfermedad, opciones de tratamiento y ayuda a los y las miembros del grupo a conocer las vías de mejora de sus estilos de afrontamiento y de resolución de problemas⁹⁰.

Congruente a lo expuesto, en la fase reflexiva se menciona que las personas que participan en las sesiones del grupo de crónicos, presentan mejor manejo de su enfermedad y adherencia al tratamiento en comparación con quienes no asisten. Destacando así la importancia de educar a la población de la UNA sobre el grupo de personas con enfermedades crónicas, sus funciones y beneficios.

Finalmente, resaltando la relevancia que tienen los antecedentes sociodemográficos de una persona, durante la fase reflexiva del seminario se rescata que las personas desconocen sobre los estilos de vida saludable y por lo tanto no generan conductas beneficiosas para su salud, lo cual representa un factor

de riesgo modificable, ante esto, resulta necesario describir los factores de riesgo más comúnmente relacionados con estas enfermedades cardiovasculares crónicas.

Los factores intrínsecos y extrínsecos que predisponen a las personas a padecer una de estas patologías son entre otros; el ambiente, los estilos de vida y los hábitos, la herencia, los niveles de estrés, la calidad de vida y la presencia de una enfermedad persistente que puede pasar a ser crónica³⁴. Estos mismos pueden clasificarse en modificables y no modificables, volviéndose importante enfocarse en aquellos que sí pueden ser modificados y con ello lograr prevenir la morbilidad y mortalidad ocasionada por estas enfermedades³⁴.

5.1.2. Escala de Autoeficacia

Luego de haber conocido las características sociodemográficas de mayor importancia para esta muestra, se discuten los resultados rescatados a partir de la aplicación de la Escala de Autoeficacia de 4 y 6 ítems. Los datos obtenidos tanto en la fase investigativa como en la reflexiva se contrastan con teoría y diversos estudios encontrados. Esta sección tiene una relevancia especial para esta investigación, ya que representa el tema principal, que corresponde al estudio de los niveles de autoeficacia que presentan las personas con enfermedades crónicas.

Es importante recalcar el concepto de autoeficacia, el cual se refiere a la confianza para llevar a cabo un comportamiento necesario para alcanzar una meta deseada, la autoeficacia aumenta cuando los usuarios o las usuarias logran resolver problemas identificados por sí mismos o mismas³².

Tomando como base este concepto, se destaca como resultado de esta investigación un alto nivel de autoeficacia en la muestra seleccionada, representada por un promedio de puntuación de 7,68 en la escala de 6 ítems, donde los y las participantes calificaron los enunciados en un rango de 1-10. Se encontraron, diferencias descriptivas en los datos respecto al sexo, siendo en las mujeres ($\bar{x}=7,97$) mayores los resultados que en hombres ($\bar{x}=7,34$).

En comparación, en la escala de 4 ítems se obtuvieron resultados similares, como promedio de autoeficacia se presentó un 7,62. En este caso las mujeres ($\bar{x}=7,98$) también poseen calificaciones más altas que los hombres ($\bar{x}=7,22$).

Estos resultados no concuerdan con los recaudados por otras investigaciones, como por ejemplo, en un estudio en el que se aplicó la Escala de Autoeficacia General y con ello identifican, en una muestra de 30 personas adultas trabajadoras de ambos sexos, que los hombres son quienes tienen mayores niveles de autoeficacia⁸. Como otro resultado obtienen, que la muestra presenta niveles altos de autoeficacia⁸, lo cual si coincide con los datos obtenidos en esta investigación.

En otro estudio, aplican también la escala de Autoeficacia General a 61 personas con cardiopatías isquémicas, que finalmente presentan de manera positiva sus niveles de autoeficacia¹⁵, coincidiendo con los resultados obtenidos en la presente investigación, en la cual igualmente personas con enfermedades cardiovasculares refieren buenos niveles de autoeficacia.

En un estudio nacional participaron 28 personas pertenecientes a la Selección Nacional de Balonmano, donde 14 de ellas eran mujeres y las otras 14 eran

hombres, en este encontraron niveles de autoeficacia general altos en ambos sexos¹⁸, lo que concuerda con la presente investigación respecto a niveles elevados de autoeficacia, pero difiere con los datos obtenidos en cuanto a la diferencia entre sexos.

En un trabajo internacional, contaban con una muestra de 149 personas, quienes eran pacientes post-infarto agudo de miocardio (69 hombres y 80 mujeres), a la cual aplicaron la misma escala indicada anteriormente, de este recaudaron como datos que la muestra tenía niveles altos de autoeficacia general, con un promedio de 30,54 siendo la calificación máxima de 40 puntos⁹, resultado parecido al de la presente investigación. Sin embargo, se muestra que las mujeres poseen niveles menores de autoeficacia general que los hombres⁹, lo cual difiere entre las dos investigaciones.

De acuerdo con lo anterior, se observa como en varios trabajos realizados hay coincidencias en cuanto a los niveles altos de autoeficacia que las personas refieren en distintas áreas; por otro lado, se observa como hay diferencias entre los resultados obtenidos en estos estudios en cuanto al sexo, lo cual puede deberse a que las áreas en las que se está evaluando son distintas, ya que una persona puede ser autoeficaz en ciertas áreas y en otras no²⁶.

Asimismo, los niveles altos de autoeficacia reportados por las mujeres en el presente trabajo pueden ser producto del rol que les es asignado socialmente, aspecto resaltado en la fase reflexiva, por lo que ellas tienden a cuidarse, expresar sus sentimientos y tener gran inteligencia emocional, también visitan más los centros de salud, en comparación con los hombres quienes usualmente esperan a

que alguien más asuma su autocuidado, además que ellos son castigados socialmente si manifiestan algunos de sus sentimientos, por lo que tienden a tener un nivel de autoeficacia más bajo que las mujeres.

Es importante considerar, estas diferencias que se pueden presentar entre los hombres y las mujeres, a nivel de comportamiento para el manejo de una enfermedad cardiovascular crónica, por lo cual se vuelve relevante incentivar el estudio nacional de esta variable en poblaciones con las mismas condiciones.

En cuanto a la similitud de datos altos de autoeficacia encontrados, durante la fase reflexiva se señala que es más probable que las personas que participaron en la encuesta tengan una autoeficacia alta, ya que su nivel elevado de autoeficacia es lo que las insta a participar en la investigación. Sin embargo, se rescata que al parecer los niveles altos de autoeficacia obtenidos a partir de la aplicación de la encuesta no se manifiestan en la vida real, lo que a la vez lleva a pensar que aunque las personas tengan la seguridad de poder realizar una acción para mejorar su salud, esto no indica que la vayan a ejecutar. Por lo que se considera que la autoeficacia y los comportamientos de salud son multicausales y requieren de mayor estudio para su comprensión.

En la presente investigación también se encontraron diferencias en el nivel de autoeficacia por rangos de edad, lo cual difiere con uno de los trabajos mencionados anteriormente, en el cual indican que la edad no influye en los niveles de autoeficacia que una persona pueda poseer⁹. Una de las diferencias halladas, en el presente estudio es que las personas (2 participantes) con menores niveles de autoeficacia ($\bar{x}=4,5$) presentaron edades entre los 20-29 años de edad,

mientras las personas (14) participantes que obtuvieron mayores niveles de autoeficacia ($\bar{x}=8,36$) se encontraban en edades entre los 30-39 años. Los demás rangos, algunos con la mayoría de la muestra presente, tuvieron resultados entre los dos grupos señalados con anterioridad.

En un estudio comparativo con una muestra de 166 personas, se mencionan diferencias entre los grupos etarios y su nivel de autoeficacia profesional, en este utilizaron también la Escala de Autoeficacia General y presentaron como resultados, que todos los grupos según edad tenían altos niveles de autoeficacia, sin embargo, eran los menores de 35 años quienes obtuvieron las más altas puntuaciones y aunque fuese poca la diferencia, esta autoeficacia disminuyó conforme aumentaba la edad hasta los 70 años⁹¹. Lo anterior difiere de la presente investigación, ya que son las personas de menor edad quienes están presentando los resultados más bajos, pero se tiene que considerar que la cantidad de personas en este grupo eran muy pocas y esto estaría afectando el resultado final. Se rescata, que los resultados sí coinciden en cuanto al rango de 30-35 años de edad, donde en ambas investigaciones las personas tienen altos niveles de autoeficacia.

Durante la fase reflexiva se dió una posible explicación a los resultados de esta investigación, se menciona que las experiencias previas disminuyen los niveles de ansiedad e inseguridad en las personas, esto puede justificar que las personas más jóvenes con estas enfermedades no se sientan preparados o preparadas para enfrentar este nuevo reto que se les presenta, a diferencia de las personas de mayor edad que posiblemente lleven varios años con su diagnóstico. Es relevante rescatar uno de los supuestos, que señala que la capacidad de aprendizaje,

adaptación y modificación de conductas difiere entre personas sometidas a los mismos retos, lo cual puede reflejarse en los distintos resultados que han sido contrastados en esta discusión.

Reforzando la idea anterior, en un estudio internacional se investigó acerca de predictores del comportamiento de automanejo en personas que presentaran un diagnóstico inicial de hipertensión arterial, diabetes mellitus y/o obesidad. La muestra de 386 personas tenían edades entre los 20-87 años y como dos de los predictores estaban: la autoeficacia (medida con la escala de autoeficacia para enfermedades crónicas) y el tiempo de diagnóstico. Como resultados se indicó, que existe una relación lineal significativa entre siete variables independientes (las más relevantes para esta investigación: la autoeficacia y el tiempo de diagnóstico) con la dependiente (automanejo) y que además el comportamiento del automanejo tiene como antecedente la teoría del aprendizaje social, lo cual concuerda con la posible explicación mencionada con anterioridad⁹².

Ante los datos obtenidos, el y la doctora especialistas en el tema reflexionaron sobre la necesidad de estudiar la autoeficacia por grupos de edad, sobretudo en la muestra en estudio, personas con enfermedades cardiovasculares crónicas; y de esta forma verificar si esta edad de 30 a 35 años se considera representativa en cuanto a niveles elevados de autoeficacia, además de indagar los factores que están influyendo en esos resultados.

En la Escala de Autoeficacia para Enfermedades Crónicas planteada por Lorig, se encuentran representados un conjunto de comportamientos que se toman en

cuenta para el manejo de enfermedades crónicas⁴⁵. Cada uno de ellos será analizado a continuación según cada ítem de dicha escala:

5.1.2.1. Autoeficacia para evitar que la fatiga o cansancio debido a la enfermedad interfiera con las cosas que quiere hacer.

Ahora se iniciará con el análisis de la primera pregunta de la Escala de Autoeficacia, en la cual se obtuvo que 58 participantes (84%), presentaron puntuaciones de 6 a 10, lo que demuestra que se sienten capaces de llevar a cabo actividades aún en presencia de fatiga o cansancio debido a su enfermedad. Respecto a los datos según sexo, se evidenció que los hombres tuvieron una puntuación más baja que las mujeres, pero esta diferencia es mínima. Es relevante indicar que no se encontraron estudios iguales o similares, con los cuales se pueda comparar esta información, específicamente de datos según sexo sobre el tema descrito en esta pregunta.

La fatiga se suele relacionar con padecer alguna enfermedad, siendo un síntoma de la misma, es decir es común que se presente en conjunto con una enfermedad, secundario a esta, lo que resulta que raramente la fatiga sea un fenómeno que se dé por sí sola⁹³. Es así como la fatiga causa debilidad en las personas, afectando a que realicen con normalidad sus actividades diarias, también puede hacerles sentir incapaces de llevar a cabo las mismas, además reduciendo la calidad de vida⁹³.

El mismo estudio de fatiga, describe la psicopatología del estrés y la fatiga, lo que a su vez indica que estas son reacciones psíquicas de sobrecarga, que generan

estrés y dirigen a un estado de parálisis o fatiga, lo que llaman una fase de adaptación incompleta, este proceso hace que la persona no tenga una regulación biológica normal, esto lleva a reacciones fatigantes y a que esta posea sensación de agotamiento constante⁹³. Se muestra un ejemplo de cómo esta fatiga que provoca agotamiento, dirige a que el individuo que esté realizando una tarea planificada, como el trabajo rutinario, le surja la reacción de sobrecarga, lo que resulta agotador y la persona debe decidir abandonar su función⁹³.

Se compara lo anterior con la muestra en estudio (los funcionarios y las funcionarias de la UNA), ya que hacen su trabajo de manera cotidiana lo que resulta muchas veces agotador, por la sobrecarga laboral que puede existir, esto es resaltado en la fase reflexiva en la actividad con el grupo de personas trabajadores de la UNA (grupo de personas con enfermedades crónicas), en la cual indicaron que la sobrecarga laboral es la causante del estrés en ellos y ellas, además señalan que el estrés y el cansancio son factores que interfieren en la realización de actividad física.

Se dice que es común la inactividad física en los o las pacientes, esto debido a los síntomas de su enfermedad, por lo que reducen la actividad a niveles mínimos, lo que trae graves consecuencias, ya que la inactividad empeora el estado de ánimo, la fatiga, la calidad de vida y la salud en general⁹⁴. En relación con lo anterior, en los supuestos de la fase reflexiva se refiere que las personas no realizan actividad física, debido a que consideran que es un motivo más de cansancio y esfuerzo extra para el cual no creen tener la capacidad de hacerlo.

En una investigación señalan que la fatiga se presenta en enfermedades cardiovasculares crónicas, como lo es insuficiencia cardíaca crónica, isquemia cardíaca, arritmia, enfermedad de montaña, EPOC, enfermedad vascular periférica, además la diabetes mellitus, obesidad, insuficiencia renal crónica, estas por indicar algunas⁹³, que también se relacionan con las enfermedades cardiovasculares crónicas que formaban parte de los criterios de inclusión en la muestra que participó en la encuesta del presente estudio, por lo que se afirma que la fatiga puede ser un síntoma de estos padecimientos.

Con la teoría expuesta, las y los investigadores del seminario consideran la relevancia de que en la Escala de Autoeficacia se evalué la fatiga o cansancio en uno de sus ítems, ya que como se mencionó antes la fatiga es un fenómeno importante en la presencia de una enfermedad, que a su vez puede afectar la autoeficacia de una persona y que esta llegue a ser baja.

En un estudio se describe algunos aspectos conductuales que son importantes de considerar al tener una enfermedad crónica⁹³. Se indica que los pensamientos y creencias negativas, como el catastrofismo o una baja autoeficacia percibida por las personas, a su vez afecta su calidad de vida y las estrategias de afrontamiento que utilizan las mismas ante el padecimiento de una enfermedad⁹³.

Siguiendo la línea del párrafo anterior, se señala que se ha comprobado que el modo en que los y las pacientes afrontan su enfermedad va a influir de mayor manera en su calidad de vida, que en el avance o mejora de su enfermedad, además que un afrontamiento activo, que se dirija a la resolución de problemas, se

asocia con la disminución del dolor, menor deterioro en el funcionamiento y trae con ello que las personas perciban una autoeficacia alta⁹⁴.

Los síntomas tanto emocionales, cognitivos como conductuales que sean causados por una enfermedad crónica puede llevar a complicaciones, siendo negativas para la calidad de vida, las habilidades de automanejo de la enfermedad y también en la comunicación que él o la paciente tenga con los y las profesionales de salud⁹⁴. Cabe recalcar que las repercusiones psicosociales de la enfermedad intensifican el dolor, la fatiga, el aislamiento social entre otras⁹⁴.

Es relevante mencionar que Bandura presenta que la eficacia afecta ciertos procesos humanos, uno de estos se puede asociar con lo antes señalado, el cual es llamado procesos afectivos, este explica el manejo de las situaciones de amenaza y si las personas pueden o no hacerlo, que esto lleva consigo satisfacción en su vida o al contrario estrés, ansiedad o preocupación²³. Ante la presencia de factores como estos y al no poder controlarlos, se ve perjudicado el sistema inmune, aumentando la susceptibilidad a la infección, favoreciendo al desarrollo de trastornos físicos y acelerando la progresión de enfermedades²³.

El párrafo anterior hace pensar, que la enfermedad cardiovascular crónica en este caso, es la amenaza a la que se enfrenta la persona, al no saber cómo manejar la situación puede sentirse estresada, ansiosa, preocupada, además que los síntomas producidos por el padecimiento se pueden intensificar debido a estas sensaciones, como lo podría ser la fatiga o el cansancio, todo en conjunto puede aumentar estos síntomas y a su vez como indica Bandura acelerar la progresión de la enfermedad²³.

Ahora bien, es importante recalcar que la teoría descrita anteriormente, es necesaria para afirmar la relevancia que tiene la presencia de la pregunta 1 en la que se menciona la fatiga y el cansancio. Como se fundamentó, estas manifestaciones clínicas son producidas por una enfermedad crónica, las cuales afectan a la persona en llevar su vida diaria con normalidad, también ante estos síntomas la misma puede tener una baja autoeficacia⁹⁴. Sin embargo, según los resultados obtenidos en la presente investigación, recordando que 58 participantes (84%), presentaron puntuaciones de 6 a 10, indican que la fatiga o el cansancio en este caso no está generando una baja autoeficacia en los funcionarios y las funcionarias de la UNA, pero esto puede deberse a varios factores.

Ante esta pregunta surgen algunas dudas e incertidumbre en las actividades realizadas con diferentes expertos, esto demostrado en la fase reflexiva, donde se señaló que las personas por lo general relacionan la palabra cansancio con las actividades de la vida diaria y no con los síntomas propios de la patología, también que en la encuesta se debe distinguir los conceptos de fatiga y cansancio, debido a que las personas no suelen conocer esa diferencia, o como opción dejar solamente cansancio que es el que la mayoría de personas entiende. Por lo anterior se considera que los resultados se vieron afectados por este factor y por lo tanto los datos obtenidos podrían estar sesgados, ya que no se sabe si pensaron que la fatiga o el cansancio eran síntomas de su enfermedad o de su vida diaria, al responder la pregunta.

Se debe rescatar el segundo supuesto indicado antes, sobre diferenciar el concepto de fatiga y cansancio, o dejar solo la palabra cansancio en la pregunta,

qué es la que las personas suelen conocer. Por ello se llega a la conclusión de la importancia que tiene que los y las participantes de la encuesta entiendan la pregunta y sepan el significado de cada palabra, para responder adecuadamente según su percepción.

5.1.2.2. Autoeficacia para poder evitar que las dolencias debido a la enfermedad interfieran con las cosas que quiere hacer.

Continuando con la discusión del ítem número 2, los resultados reflejaron que 58 personas (84%) en total registraron puntuaciones contempladas en el rango de 6 a 10, esto quiere decir que la mayor parte de la muestra percibe niveles altos de autoeficacia, cuando se trata de poder evitar que la dolencias debidas a la enfermedad o enfermedades que padecen interfieran en lo que quieren hacer.

Este es un resultado positivo, sin embargo para ahondar en el tema primeramente, es importante definir que es el dolor para las personas. El dolor es descrito como una sensación no placentera, que se asocia con una parte específica del cuerpo y que es producido por procesos que podrían dañar los tejidos⁹⁵. Es la causa más frecuente de consulta médica, que se describe como una experiencia sensitiva y emocional desagradable⁹⁵. Existen diferentes tipos de dolor, se puede clasificar el dolor según su duración, patogenia, localización, curso, intensidad, factores pronóstico de control del dolor y según la farmacología⁹⁶.

De estas clasificaciones se le va a prestar atención a la del dolor según la intensidad, esta se clasifica como leve (puede realizar actividades habituales), moderado (interfiere con las actividades habituales y precisa tratamiento con

opioides menores), severo (interfiere con el descanso y precisa opioides mayores)⁹⁶. Es relevante conocer esto, ya que como se puede ver, el dolor muchas veces interfiere con las actividades de la vida diaria y las enfermedades cardiovasculares crónicas no están exentas de producir dolor en las personas que las padecen.

Iniciando con la hipertensión arterial, no siempre esta condición presenta síntomas, sin embargo en algunas ocasiones las personas podrían llegar a sentir dolores de cabeza, dolor torácico, entre otras⁹⁷. Otra enfermedad crónica muy frecuente es la diabetes, según la OMS este padecimiento podría provocar, aunque esto no ocurre siempre, entumecimiento de las extremidades, dolores (disestesias) de los pies, e incluso pueden sufrir infecciones recurrentes o graves⁹⁸, que consecuentemente van a provocar dolor, además de otros síntomas que agravan la situación. También las dislipidemias podrían ocasionar ciertos dolores, por ejemplo, dolor en el pecho causado por una reducción del aporte sanguíneo al corazón (angina de pecho) y dolor en extremidades, debido al estrechamiento de las arterias que aportan sangre a estas⁹⁹.

Las anteriores son solo tres de las diferentes enfermedades cardiovasculares crónicas, que sufren muchas personas en el mundo y que les provocan dolores que interfieren con sus actividades de la vida diaria. Según datos concluidos durante la etapa reflexiva, se determinó que es importante que las personas se conozcan a sí mismas y a su enfermedad para que puedan identificar diversos síntomas producidos o no por la misma, todo esto siendo parte de la autoeficacia.

De ahí la relevancia de traer a discusión el concepto de autoeficacia, ya que esta es una forma en que las personas pueden mejorar su calidad de vida. Es importante recordar que a diferencia de la autoestima o la confianza en sí mismo o misma, la autoeficacia es una tarea específica y que los cambios en ella están relacionados con el empoderamiento de la autogestión de las personas⁴⁷. Por eso es que la autoeficacia, influye cuando se trata de la confianza que las personas tienen en sí mismas para manejar el dolor de su padecimiento y la forma en la que éste interfiere con las actividades de sus vidas diarias⁴⁷. Durante la etapa reflexiva se determinó, que si las personas tuvieran una mejor autoeficacia tendrían un mejor control de su enfermedad y no habría tantas complicaciones, dentro de esto se debe incluir el manejo del dolor.

Distintos estudios han demostrado, que la utilización de estrategias cognitivas son efectivas en la reducción del dolor y que estas superan incluso a algunas otras intervenciones, como por ejemplo entrenamiento en relajación, e incluso a la medicación con analgesia en algunos casos³². Entre los constructos cognitivos que pueden mediar la utilización de estrategias de afrontamiento cognitivo, está la autoeficacia percibida, que se ha vinculado como mediadora en el aumento de la tolerancia y disminución del distress en las respuestas de dolor³².

En una investigación se estudiaron 3 tipos de creencias de dolor: juicios sobre la estabilidad del dolor, autculpa y percepción del dolor como un misterio y se evaluó la autoeficacia para la disminución del dolor y el control de este¹⁰⁰. Los resultados de este estudio, no niegan el papel de la intensidad de dolor en la

capacidad funcional, pero señalan que, si se contemplan variables de índole cognitivo-conductual, el papel del dolor resulta no significativo¹⁰⁰. En cuanto a la predicción de la interferencia del dolor en las actividades cotidianas, en general, los análisis muestran el papel preponderante de los elementos conductuales de afrontamiento activo, en la existencia de una mayor o menor interferencia¹⁰⁰.

Un elemento conductual en este caso sería la autoeficacia, que influye de forma positiva, ya que esta se define como los juicios que poseen las personas con relación a sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento⁵. Por lo tanto se puede concluir, tomando en cuenta los resultados de la presente investigación, que las funcionarias y los funcionarios de la UNA disponen de elementos de afrontamiento adecuados y niveles de autoeficacia que les ayudan a que el dolor no interfiera en sus actividades de la vida o que sea más tolerable. Sin embargo, también hay que recordar que todas las personas que completaron la encuesta debían de responder al ítem de la escala, aunque no sintieran ningún tipo de dolor debido a su enfermedad, lo que llevaría a pensar que esa pudo ser una de las razones por las que los niveles de autoeficacia en este ítem se mostraron con puntuaciones altas.

Otra investigación explica que la poca creencia en la capacidad para controlar el dolor refuerza el mismo, empeora el funcionamiento y hace que las personas tiendan a la disminución de la actividad, lo que genera un “bucle” de autoreforzo y provoca que se agraven los síntomas, además, indica que los comportamientos de dolor se encuentran más relacionados con la creencia de autoeficacia que con la

misma gravedad de la enfermedad¹⁰¹. Concluyeron, que es posible que una autoevaluación positiva respecto a sus capacidades, facilita estrategias de adaptación que implican una mejor gestión de los síntomas de la enfermedad¹⁰¹.

Por otro lado, estudios determinaron que en situaciones que son dolorosas, la autoeficacia y las expectativas de resultado están muy relacionadas, debido a que mientras más dolor espera una persona, menor es su autoeficacia para realizar acciones que contribuyan a disminuir el dolor, también concluyen que a más temor esperado por una persona, menor va a ser su autoeficacia para acercarse a los estímulos temidos³². Sin embargo, se establece lo contrario a lo que se analizó durante la etapa reflexiva de la presente investigación, ya que según los y las expertos, las crisis en la salud de las personas las motivan a realizar cambios en sus estilos de vida, llegando a alcanzar mejores rendimientos que los que tenían anterior a la crisis, ante esto se podría considerar el dolor como una crisis, por lo tanto la muestra en estudio sí lo estaría identificando como un motivo para realizar cambios positivos en su salud.

Al realizar la comparación de los resultados de este ítem de la escala según sexo, se identificó que los hombres indicaron una puntuación más baja que la señalada por las mujeres. Además, el puntaje de las mujeres en esta pregunta es el más alto en comparación a los demás enunciados, por lo tanto es posible concluir, que las mujeres se consideran más autoeficaces en cuanto a poder evitar que las dolencias debido a su enfermedad interfieran con las cosas que quieren hacer.

Varias revisiones han demostrado que las mujeres responden a los estímulos experimentando más dolor que los hombres, ellas tienden a tener un umbral de dolor reducido en comparación con los hombres; también existen muchos escenarios de dolor que son más frecuentes en las mujeres, por ejemplo, hay 38 trastornos de dolor clínico que predominan en las mujeres, pero sólo 15 en los hombres, y 24 que no tienen prevalencia de sexo¹⁰². Lo cual lleva a pensar, que las mujeres al enfrentarse al dolor con más frecuencia han desarrollado más estrategias de afrontamiento, debido a eso su autoeficacia es más alta en comparación con los hombres, como es el caso de los datos del presente estudio.

Se afirma que el dolor no es un fenómeno aislado, sino que se puede modificar por fenómenos y factores externos, que estas diferencias entre mujeres y hombres pueden deberse a una interacción de aspectos biológicos, socioculturales y psicológicos¹⁰². Además que esto podría verse influenciado por la educación entre ellos y ellas, porque la sociedad refuerza la libre expresión del dolor en la niña pero no en el niño, por ejemplo, mientras que las mujeres tienden a prestar más atención a los aspectos emocionales del dolor que sufren, los hombres tienden a dar más relevancia a los aspectos sensoriales y físicos que experimentan, por ello es que dan la impresión de sentir más el dolor físico¹⁰².

Se podría concluir, que las diferencias que existen entre hombres y mujeres con respecto a la percepción del dolor y consecuentemente al afrontamiento de este, implica diferentes factores tanto anatómicos, fisiológicos, como psicológicos y

socioculturales, que pueden ser los que en la muestra de la presente investigación influyeron en los resultados antes analizados.

5.1.2.3. Autoeficacia para evitar que el estado emocional debido a la enfermedad interfiera con las cosas que quiere hacer.

Siguiendo con la discusión del ítem 3, en los resultados se obtuvo que la mayoría de la muestra, 56 personas en total (81%), eligieron puntuaciones dentro del rango de 6 y 10, evidenciando así que poseen niveles de autoeficacia elevados respecto a evitar que el estado emocional a causa de su enfermedad interfiriera en las actividades de la vida diaria.

Para el análisis de estos datos, es importante destacar que las enfermedades crónicas al ser de larga duración y estar presentes durante toda la vida, con el pasar de tiempo suelen afectar la funcionalidad, productividad y calidad de vida de quienes la padecen, añadiendo problemas físicos (deterioro funcional), de salud mental (estrés emocional, depresión, ansiedad) y de carácter social (deterioro funcional social)²¹.

Las emociones están vinculadas a la aparición y complicación de enfermedades, dada la subjetividad de cada persona y la individualidad de los procesos mórbidos con sus matices biológicos, psicológicos y sociales¹⁰³. De ahí la relevancia de la regulación emocional la cual es una habilidad esencial para el bienestar personal, ya que consiste en la capacidad de manejar (cambiar, adaptar y mantener) el propio estado emocional, según sea conveniente en cada momento¹⁰⁴. Esto a su vez se vincula a la autogestión, la cual permite que las

personas realicen cambios y modulen pensamientos, emociones y comportamientos para alcanzar metas⁴³, esta se encuentra íntimamente relacionada a los cambios en la autoeficacia⁴⁷.

Se ha visto que la autoeficacia se desarrolla mediante cuatro fuentes principales de influencia, una de ellas es la reacción emocional, que consiste en que la excitación emocional influye en las creencias de eficacia, por lo tanto los sentimientos de ansiedad, preocupación o miedo hacia un evento pueden provocar que no se logren los objetivos propuestos²⁶.

Ya que el estado emocional influye sobre los juicios que las personas hacen de su eficacia, generando que el estado de ánimo positivo fomente la autoeficacia y el estado de ánimo negativo la reduzca¹⁰⁵. No es la intensidad de las reacciones emocionales y físicas las que son importantes, sino más bien, la forma en cómo son percibidos e interpretados¹⁰⁵. De ahí su relevancia, debido a que las personas con alta autoeficacia saben controlar aquellas reacciones fisiológicas, viéndola como una oportunidad para alcanzar el logro y satisfacción personal y no como una amenaza a su bienestar, las emociones tanto positivas como negativas determinan el comportamiento de las personas y su forma de reaccionar ante los problemas¹⁰⁵. Por ello es importante este apartado para el manejo de las enfermedades crónicas¹⁰⁵.

Los resultados obtenidos en la presente investigación para esta sección son positivos, ya que la mayoría de la muestra indicó creer tener la capacidad de evitar que su estado emocional relacionado con la enfermedad interfiriera con las actividades de la vida diaria, debido a que una adecuada autoeficacia puede

mejorar el bienestar personal al dar la motivación para realizar tareas de alta dificultad, generar mayor tolerancia al fracaso, aumentar los logros personales, disminuir el estrés y vulnerabilidad a padecer de depresión²⁶.

La eficacia provoca que las personas que saben manejar situaciones de amenaza no experimenten pensamientos de ansiedad, porque pueden controlar el estrés y depresión, amortiguando así los efectos adversos de los estresores crónicos, promoviendo la salud por medio de estilos de vida saludables, reduciendo los hábitos que deterioran la salud, mejorando su calidad de vida²⁶, y el adecuado manejo de la enfermedad, a diferencia de aquellas que no pueden manejar las situaciones de amenaza, debido a que experimentan una gran ansiedad y se preocupan con facilidad, para poder contrarrestarlo deben fortalecer la autoeficacia, ya que el enfrentarse a factores estresantes sin la capacidad de controlarlos acelera la progresión de enfermedades²⁶.

Por otra parte los resultados obtenidos según sexo, reflejan que las mujeres perciben niveles de autoeficacia más altos que los hombres. Esto concuerda con lo expuesto en la fase reflexiva, donde se destaca que el nivel alto de autoeficacia en el manejo emocional que tienen las mujeres se debe a la educación y el rol que se les es asignado socialmente, por lo que ellas tienden a cuidarse, expresar sus sentimientos y tener gran inteligencia emocional, en contraparte los hombres esperan que alguien más asuma su autocuidado y son castigados socialmente si manifiestan algunas de sus emociones.

De igual forma, expertos de la CCSS asocian este fenómeno al rol social de cuidadora que se le ha atribuido a la mujer, por lo que acude más a las consultas

preventivas, en cambio al hombre se le considera el sexo fuerte y el menos vulnerable, en consecuencia visitan los servicios de salud cuando esta se encuentra más deteriorada y las posibilidades de recuperación son más reducidas¹⁰⁶.

En la fase reflexiva se señaló que lo anterior puede deberse a la influencia cultural, ya que esta ha interferido en la forma en que los hombres y las mujeres acceden a servicios de salud y se interesan por su bienestar, siendo las mujeres quienes asisten con más frecuencia que los hombres. Este dato concuerda con un informe realizado por la CCSS, donde se menciona que las mujeres ocupan más los servicios de dicha institución, debido a que del total de consultas (10.096.824) el 65.31% fueron mujeres y el 34.69% hombres¹⁰⁶.

Los resultados de la presente investigación coinciden con un estudio sobre expresividad y regulación de emociones según sexo, donde las mujeres muestran puntuaciones significativamente superiores a los hombres en las dimensiones de expresividad, manejo de las emociones propias, y manejo de las emociones ajenas¹⁰⁷. Además se evidenció que la expresividad permite predecir la regulación de las emociones, por lo cual se atribuyen estos resultados a que las mujeres se identifican en mayor medida que los hombres con rasgos de identidad expresivos, asociados a las competencias de la inteligencia emocional¹⁰⁷.

La expresividad incluye rasgos de estereotipos de personalidad atribuidos a la mujer directamente relacionados con la Inteligencia Emocional, como la sociabilidad, la atención a las necesidades de los y las demás, sensibilidad y empatía¹⁰⁷. Por su parte, se encuentra la instrumentalidad, que contiene rasgos de

estereotipos al hombre, como la independencia, la asertividad y la ambición; estos rasgos de género representan un factor relevante para explicar diferencias sexuales en cuanto a variables psicológicas y culturales¹⁰⁷.

No obstante en la fase reflexiva también se difiere de este resultado, debido a que no concuerda con la realidad, ya que según los registros de visitas médicas en la UNA, las mujeres son quienes realizan mayor consulta en cuanto a trastornos emocionales. Lo que permite destacar lo expuesto en uno de los supuestos, donde se señala que aunque las personas tengan la seguridad de poder realizar una acción para mejorar su salud, esto no indica que la estén ejecutando; recordando que esta escala mide el nivel de autoeficacia que es la creencia en la capacidad para realizar acciones específicas que son necesarias o requeridas para lograr algo concreto³², convirtiéndose en un fuerte indicador de motivación y de comportamiento futuro.

Una investigación dió como resultado que la autoeficacia influye positivamente, que es un predictor significativo sobre la intención y la conducta, es decir, cuando las personas se sienten capaces de realizar una acción tendrán una mayor intención de hacerla en un futuro próximo⁶.

A pesar de que la intención arroja una probabilidad de acción y aunque la autoeficacia puede ser utilizada para mejorar el autocontrol de la persona que sufre alguna enfermedad crónica⁴⁷, esto no indica que se esté poniendo en práctica, de igual forma como se menciona en la fase reflexiva, la autoeficacia solo es un primer paso para lograr el cambio, debido a que puede que las personas

tengan una alta autoeficacia en determinado tema, sin embargo no cambian su conducta ante esto, aunque se sientan capaces de hacerlo.

Por otra parte también surge la hipótesis de que esto se puede relacionar al factor social, como se señaló anteriormente, a la mujer se le permite tener más contacto con sus emociones y expresarlas a diferencia del hombre, lo cual se puede reflejar al momento de comunicarlo en la consulta médica.

5.1.2.4. Autoeficacia para evitar que algunos otros síntomas o problemas de salud que tiene interfieran con las cosas que quiere hacer.

Como se detalló en la fase investigativa, un total de 21 participantes que corresponde a un 30,4% del total indicaron que padecen más de una enfermedad cardiovascular crónica o algún factor de riesgo relacionado con este tipo de padecimiento, sobresale que un total de 13 personas (18,8%) presentan hipertensión y diabetes de manera concomitante.

A partir de la fase reflexiva, se obtiene que los y las participantes además de la enfermedad o enfermedades cardiovasculares crónicas que padecen, presentan una serie de manifestaciones físicas y emocionales que surgen a raíz del afrontamiento de su enfermedad o bien de las exigencias de la vida cotidiana, principalmente en el ámbito laboral.

Asimismo haciendo alusión a los resultados obtenidos en este ítem se encontró, que de las 69 personas participantes el 78.2%, es decir, 54 personas consideran estar en buena capacidad (puntuación entre 6 y 10) para llevar a cabo aquellas

acciones que desea realizar, aún y cuando se presenten algunos otros síntomas o problemas de salud.

En relación con lo anterior, según un estudio realizado por Pascual y Caballo⁹⁴ en el que se evalúa la autoeficacia como una variable psicológica que incide en la calidad de vida de las personas, se evidencia la importancia del concepto de autoeficacia para el afrontamiento de una enfermedad crónica, haciendo énfasis en el manejo de síntomas y demás manifestaciones propias de la enfermedad crónica u otros padecimientos que pueda presentar la persona que afecten su estado de salud. Se parte del hecho de que si una persona se siente incapaz de realizar determinada acción en relación a su enfermedad esto interfiere en el afrontamiento de la misma⁹⁴.

Las autoras explican que en el caso de los usuarios o las usuarias con enfermedades crónicas los aspectos conductuales en función de la enfermedad son relevantes; algunos de los factores que influyen en los resultados de calidad de vida de las personas, incluyen las conductas llevadas a cabo por las personas y las estrategias de afrontamiento utilizadas para abordar los síntomas y consecuencias de la enfermedad o enfermedades⁹⁴.

Igualmente afirman, que por ejemplo la inactividad física es común en los y las pacientes crónicos, ya que debido a los síntomas de su enfermedad tienden a reducir su actividad a veces incluso a niveles mínimos, por tanto las repercusiones de este tipo de conducta tienen efectos contraproducentes, ya que la inactividad empeora el estado de ánimo, la fatiga, la calidad de vida y la salud en general⁹⁴.

Además se ha comprobado que el modo en que los y las pacientes afrontan su enfermedad influye más en su calidad de vida que el tipo de enfermedad crónica que tienen⁹⁴. Un afrontamiento activo, basado en la resolución de problemas, está asociado con menores niveles de dolor, menor deterioro en el funcionamiento y una autoeficacia percibida más alta, por lo contrario un estilo de afrontamiento pasivo la autoeficacia percibida será baja⁹⁴.

Igualmente los síntomas emocionales, cognitivos y conductuales están relacionados a la enfermedad crónica hasta el punto de que pueden suponer algunas de las complicaciones más comunes en este tipo de condiciones, repercutiendo negativamente en la calidad de vida, las habilidades de automanejo de la enfermedad y la comunicación con los y las profesionales de la salud⁹⁴. A esto hay que añadir que las repercusiones psicosociales de la enfermedad intensifican el dolor, la fatiga y el aislamiento social, entre otros⁹⁴.

Del estudio realizado por Pascual y Caballo⁹⁴ se obtiene que las estrategias de afrontamiento más utilizadas por los usuarios y las usuarias con enfermedad crónica son: ignorar el dolor, el uso de conductas distractoras, autoinstrucciones y acudir a la religión, mientras que las menos empleadas son autocrítica, evitación de problemas y esperanza. Otras estrategias de afrontamiento como distracción cognitiva, reinterpretar el dolor, reestructuración cognitiva, autocontrol mental y resolución de problemas, son utilizadas de forma moderada⁹⁴. Además de que la autoeficacia muestra un poder predictivo de la calidad de vida percibida que merece ser tomado en consideración⁹⁴.

Según lo antes descrito Bandura²⁶ sostiene, que las personas también dependen en parte de su somática y de los estados emocionales para el juicio de sus capacidades. Ellos interpretan sus reacciones ante el estrés y la tensión como signos de la vulnerabilidad a los malos resultados²⁶. En las actividades relacionadas con la fuerza y la resistencia, la gente juzga a su fatiga, dolores y molestias como signos de debilidad física²⁶. Por su parte, el estado de ánimo afecta también a juicios de las personas de su eficacia personal; un estado de ánimo positivo mejora la autoeficacia percibida²⁶.

Ante lo expuesto anteriormente Bandura²⁶ afirma que no es la intensidad de las reacciones emocionales y físicas que es importante, sino más bien, de cómo son percibidos e interpretados. La forma en que se percibe los estados emocionales es de gran relevancia, las personas con alta autoeficacia saben controlar aquellas reacciones fisiológicas, viéndolas como una oportunidad para alcanzar el logro y satisfacción personal y no como una amenaza a su bienestar, las emociones tanto positivas como negativas determinan el comportamiento de las personas y su forma de reaccionar ante los problemas²⁶.

5.1.2.5. Autoeficacia para realizar actividades o tareas necesarias para manejar la condición de salud a fin de reducir la necesidad de acudir al centro de salud.

De acuerdo con Hernández, la necesidad de modificar los estilos de vida y orientarlos hacia la mejora en la salud permite establecer relaciones directas entre la presencia de prácticas adecuadas y prevención de enfermedades¹⁰⁸. La

ejecución de prácticas saludables se refleja en el descenso de la incidencia y prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, así como en la disminución de complicaciones en caso de que ya se presente una enfermedad crónica, lo que beneficia a los usuarios y las usuarias y a los servicios de salud pues modifica el costo económico por atención en las consultas por parte de los mismos y mismas y permite destinar fondos a otros sistemas de prevención y promoción, no necesariamente a la curación¹⁰⁸.

En concordancia con lo anterior, según un estudio realizado por Chuya y Peñaen el año 2015, la teoría que más aporte ha dado para el estudio de la adopción de conductas saludables es la autoeficacia¹⁰⁵. A su vez según los autores, las conductas saludables son entendidas como las acciones destinadas a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, algunas conductas de salud comunes son realizar actividad física, el manejo del estrés, buena alimentación, mantener buenas relaciones interpersonales, entre otras¹⁰⁵.

Haciendo referencia a los resultados obtenidos en la presente investigación, para lo que plantea éste ítem, un total de 66 personas que corresponde a un 95,65% del total de la muestra, indicaron niveles altos de autoeficacia (puntuaciones entre el rango de 6 y 10).

En relación con lo anterior a partir de la información obtenida en la fase reflexiva, se obtuvo que la mayoría se creen capaces de hacer cambios relacionados con mejorar su salud cardiovascular como por ejemplo mejorar la adherencia a los tratamientos y mejorar la alimentación.

Asimismo los y las profesionales en salud tomados en cuenta para la fase reflexiva afirmaron que aunque las personas tengan la seguridad de poder realizar una acción para mejorar su salud, esto no indica que la vayan a ejecutar, además indican que la autoeficacia solo es un primer paso para lograr el cambio, debido a que puede que las personas tengan una alta autoeficacia en determinado tema, sin embargo no cambian su conducta ante esto, aunque se sientan capaces de cambiar. Los y las profesionales en salud resaltan la desmotivación y la falta del establecimiento de metas, como principales problemas que impiden que se ejecute determinada acción.

Lo anterior sugiere una deficiencia en dos de los procesos psicológicos a través de los cuales se producen las creencias de autoeficacia, uno de estos se refiere a los procesos cognitivos los cuales señalan que gran parte del comportamiento humano está regulado por la fijación de objetivos; el establecimiento de metas personales está influenciado por la auto-evaluación de las capacidades, cuanto más fuerte sea la autoeficacia percibida, mayores serán las metas y el compromiso con los objetivos²⁶.

También se determina ciertas aristas en el proceso psicológico de la motivación, el cual indica que las creencias de eficacia desempeñan un papel clave en la autorregulación de la motivación, las personas se motivan a sí mismas y dirigen sus acciones anticipadamente mediante el ejercicio anticipador²⁶. Las personas con mayor autoeficacia invierten más esfuerzo en lo que se plantean, además pese a las situaciones adversas que tengan durante su esfuerzo persisten y logran sobresalir, la motivación es muy esencial en la persona que busca el

desarrollo personal, mayor confianza repercute en mayor esfuerzo y constancia, mientras que menor motivación hará que el individuo demuestre poco interés y abandone la tarea que se propuso con anterioridad²⁶.

Por otra parte en la fase reflexiva, tanto los y las participantes del estudio presente como los y las profesionales en salud indican que un factor que se relaciona con que las personas no lleven a cabo una determinada acción, aunque se crean capaces de realizarla es el desconocimiento sobre estilos de vida saludables, aunado a ello existe un desconocimiento y sentimiento de negación de la población con respecto a la aceptación de su enfermedad.

Bandura²⁶ plantea que las creencias de eficacia influyen en los pensamientos de las personas (autoestimulantes y autodesvalorizantes), en su grado de optimismo o pesimismo, en los cursos de acción que ellas eligen para lograr las metas que se plantean para sí mismas y en su compromiso con estas metas. Un alto sentido de eficacia facilita el procesamiento de información y el desempeño cognitivo en distintos contextos, incluyendo la toma de decisiones²⁶.

Asimismo Ryan y Sawin²⁸ plantean que es más probable que las personas participen 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 los apoya a participar en comportamientos preventivos de salud.

Ryan y Sawin²⁸ afirman que el conocimiento y las creencias afectan la autoeficacia específica del comportamiento, la expectativa de resultados y la congruencia de objetivos. La autorregulación es el proceso utilizado para cambiar el comportamiento de la salud e incluye actividades como el establecimiento de objetivos, el autocontrol y el pensamiento reflexivo, la toma de decisiones, la planificación y la participación en comportamientos específicos, la autoevaluación y el manejo de las respuestas físicas, emocionales y cognitivas asociadas con el comportamiento de la salud²⁸.

Por último haciendo referencia a la autogestión como producto de niveles altos de autoeficacia, Ryan y Sawin²⁸ explican que la educación del paciente como método para proporcionar información se ha asociado con resultados tales como un mayor conocimiento, una mayor satisfacción o un cambio en la preparación para participar en un comportamiento de salud. Considerando que el desarrollo de la autogestión tiene incidencia directa en el cambio en el comportamiento de la salud, la disminución de los costos de atención médica y el aumento de la calidad de vida o el bienestar.

5.1.2.6. Autoeficacia para que pueda hacer cosas (distintas a solo tomar medicamentos) para reducir el efecto de la enfermedad en la vida diaria.

Cabe recordar que al abordar esta interrogante se obtuvo que 60 personas (el 87% de los y las encuestadas) registraron una puntuación en el rango más alto (entre 6 y 10), es decir, se sienten en capacidad de llevar a cabo actividades

alternativas a simplemente ingerir medicamentos con el fin de reducir los efectos de su enfermedad.

Durante la fase reflexiva se obtuvieron resultados referentes a este tema, donde se menciona que la mayoría de los y las participantes del taller sobre autoeficacia impartido, se creen capaces de hacer cambios relacionados con mejorar su salud cardiovascular, como mejorar la adherencia a los tratamientos y mejorar la alimentación. De igual forma, las personas que participan en las sesiones de personas con enfermedades crónicas de la UNA, presentan mejor manejo de su enfermedad y adherencia al tratamiento en comparación con quienes no asisten.

Estudios indican consistentemente que los individuos con alta autoeficacia percibida tienen más probabilidad de evaluar su salud como mejor, estar menos enfermos o depresivos, y recuperarse mejor y más rápidamente de las enfermedades, que las personas con baja autoeficacia, siendo lo anterior información y datos muy relacionados con los obtenidos en la presente investigación³². Las personas con mayores niveles de autoeficacia, se comprometen con mayor frecuencia en un programa regular de actividad física que aquellas con más bajos niveles de autoeficacia³². Además, los individuos con alta autoeficacia tienen sentimientos mucho más fuertes de efectividad para realizar ejercicio y para comprometerse en ese momento en hacer una mayor cantidad de actividad física que las personas con baja autoeficacia³².

Lo anterior resulta llamativo, ya que al abordar esta pregunta los comentarios de las personas trabajadores en aquellos casos que las encuestas fueron bajo

nuestra presencia, el realizar mayor actividad física, fue la principal alternativa mencionada, muy relacionado con el alto nivel de autoeficacia presente en la muestra de estudio en general.

La Organización Mundial de la Salud define que la actividad física es cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exija gasto de energía. Y su realización continua trae consigo múltiples beneficios a la salud¹⁰⁹.

A su vez estudios clínicos y epidemiológicos han sustentado que la práctica regular de actividad física, es un importante factor para el tratamiento de enfermedades crónicas, debido a que el ejercicio y la actividad física son importantes, por los efectos positivos que causan sobre la mejora de la salud, incrementando la capacidad funcional, aumentando los años de vida activa independiente y mejorando la calidad de vida de las personas¹¹⁰. Lo cual concuerda con lo manifestado en *Actividad física y enfermedad cardiovascular* donde se evidencia que realizar una actividad física de manera regular y por un periodo de tiempo constante, se puede mejorar no sólo la Diabetes Mellitus tipo 2, sino otras patologías como la obesidad; además, producir un descenso en las cifras tensionales, mejorar el perfil lipídico, el estado post-menopáusico al disminuir los síntomas que acompañan al mismo¹¹¹.

Otra de las actividades referidas por las y los trabajadores con enfermedad cardiovascular es la reducción del estrés, término utilizado para denominar el estado de activación biológica antihomeostática que se produce cuando el organismo fracasa en sus intentos de adaptarse a las demandas de su entorno

inmediato¹¹². Su constante presencia en la vida trae consigo una serie de afectaciones a la salud¹¹².

A nivel de hipertensión, el artículo refiere que la mayoría de los estudios encuentran alguna asociación entre estrés y elevación de la presión arterial¹¹². Tal es el caso de una revisión sistemática del 2009 que incluyó 10 estudios de cohorte y 4 de casos y controles con una muestra total de 52.049 individuos, se encontró una asociación positiva entre la presencia de estrés laboral y el incremento de las cifras de presión arterial¹¹². Lo cual refleja que reducir el estrés es importante, para manejar de mejor forma una enfermedad cardiovascular crónica como lo es la hipertensión¹¹².

Otros estudios se han centrado en el rol de la autoeficacia sobre el nivel de estrés experimentado por personas respecto al hecho de estar enfermo, en un estudio con una muestra de estudiantes universitarios se midió el nivel de estrés emocional experimentado frente a una enfermedad aguda y/o crónica grave que ellos y ellas habían padecido³². Entre los moderadores del nivel de estrés experimentado estaba la autoeficacia, encontrándose que el presentar un alto nivel de autoeficacia se relacionaban con exhibir niveles reducidos de estrés³². Esto permite observar que las personas participantes probablemente estarán en capacidad de llevar a cabo acciones que reduzcan sus niveles de estrés y a su vez puedan manejar de mejor forma su enfermedad cardiovascular.

En la fase reflexiva los funcionarios y las funcionarias resaltan que factores como el estrés y el cansancio interfieren en la realización de actividades en pro de

su salud, entre ellas el ejercicio. Además se evidencia que la sobrecarga laboral es la causante del estrés en la población en estudio.

Otra de las posibilidades sostenidas por los y las encuestados, es la seguridad de realizar cambios en sus hábitos alimenticios, con el fin de reducir los efectos de la enfermedad, y es que una adecuada dieta permite mejorar el estado de salud en general y evitar el avance de estas enfermedades, esto lo sostiene Socarrás y Bolet, donde manifiestan que cambios en la dieta traen consigo beneficios como la disminución del LDL colesterol, reduce ampliamente el riesgo de infarto agudo de miocardio, la muerte por enfermedades cardiovasculares y por todas las causas¹¹³. También la dieta desempeña un papel importante en la regulación de la presión arterial, ya que la dieta hiposódica puede disminuir la presión sanguínea y el incremento de ella con la edad, y una dieta elevada en potasio favorece la protección contra la hipertensión y permite un mejor control de las personas que la padecen¹¹³.

Por lo tanto se observa que el mantener un alto nivel de autoeficacia hace más probable que las personas realicen cambios en su salud, y que los mismos se mantengan durante un período de tiempo. Cambios como los antes mencionados y que traerían resultados positivos a la salud de las y los trabajadores.

Además, se vuelve necesaria una educación abordada desde la autoeficacia durante las citas de control médico, que motive a las personas a utilizar tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico. Las modificaciones en el estilo de vida ayudan a prevenir y controlar la hipertensión arterial y pueden

reducir otros factores de riesgo cardiovascular a un bajo costo y riesgo; pero los usuarios y las usuarias deben ser estimulados para adoptar estas modificaciones en el estilo de vida¹¹⁴.

Por ende, fortalecer la autoeficacia en los usuarios y las usuarias para que adopten recomendaciones no farmacológicas como: pérdida de peso, evitar consumo de alcohol, realizar actividad física, reducir el consumo de sal, grasas, colesterol, el tabaquismo y disminuir el estrés¹¹⁴, es fundamental para mejorar la salud de las personas. Además de que la autoeficacia va a influir en la adherencia al tratamiento y la asistencia a citas médicas⁸⁹.

5.2. Limitaciones

A continuación se señalan las limitaciones que se presentaron a lo largo de la realización del presente seminario:

5.2.1. Revisión bibliográfica

- Dificultad para encontrar estudios similares o iguales al tema en cuestión, principalmente a nivel nacional.

5.2.2. Recolección de datos

- Durante la recolección de datos, la cantidad de personas que se lograban captar en cada día de visita a la UNA eran pocas, ya que el acceso a la población era limitado debido a la escasa disponibilidad y a la carga laboral.
- Aunque muchas personas accedieron a la encuesta, la mayoría indicaron no cumplir con los requisitos.
- No tener un contacto en cada uno de los departamentos o edificios que facilitara el acceso a las personas que cumplían con los criterios de elegibilidad de la investigación.
- Aunque se tenía contacto y colaboración por parte de las y los médicos integrantes del Departamento de Salud de la UNA, ellos y ellas no cuentan con la disponibilidad de tiempo para colaborar como lo desean, debido a la alta demanda de su servicio.

- Algunos funcionarios y funcionarias indican no utilizar los servicios del Departamento de Salud de la UNA, por lo tanto no se contaban con sus datos para el envío de la información, por ello no tuvieron acceso a la encuesta enviada.
- El Departamento de Salud, suele enviar muchos correos al día, lo que provocó que el correo de la encuesta se traspapelara, ante esto puede que los funcionarios y las funcionarias no le dieran la importancia debida, además algunos y algunas refirieron no contar con el tiempo para leerlos.
- La encuesta era un poco extensa y también las personas participantes referían no comprender adecuadamente varias preguntas de la misma.
- Se presentaron problemas con la plataforma donde se encontraba la encuesta, ya que no permitía acceder a esta en algunas ocasiones y por lo tanto no se podía recolectar más información.
- En las visitas a la UNA, el acceso a la web era limitado, debido a que el internet con el que se contaba era el de los dispositivos móviles de cada uno y una de los y las estudiantes investigadores, por lo que la calidad del mismo era inadecuada provocando pérdida en el acceso del mismo, en consecuencia algunas encuestas no se lograban completar, causando la pérdida de datos.
- Se contaba con un espacio físico limitado para instalar el equipo necesario para realizar las encuestas y brindar comodidad a las personas encuestadas.

5.2.3. Actividades

- No se logró llevar a cabo el taller propuesto con las personas integrantes del grupo con enfermedades crónicas del Departamento de Salud de la UNA, en la fecha acordada debido a errores de organización, por lo cual se volvió necesario reprogramarlo.
- Las protestas estudiantiles que permanecieron durante aproximadamente 2 semanas, impidieron el desarrollo de varias actividades como: la invitación realizada por parte de la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicación (DTIC), un tamizaje de salud para la búsqueda de más encuestados y la Feria de la Salud propuesta inicialmente para el mismo fin, debido a ello no se logra entregar a tiempo los permisos requeridos.
- Los y las estudiantes de TCU de la UCR, no tuvieron disponibilidad para los días propuestos para la reprogramación de la Feria de la Salud organizada.
- En la fecha en la cual se realiza la creación de un stand con temas importantes para la salud, además de equipo para la toma de la presión arterial, pulso y oxígeno en sangre, con el objetivo de recaudar más encuestados, la afluencia no fue la esperada debido a que la UNA se encontraba en las semanas próximas al cierre del ciclo lectivo. También se presentaron problemas en el acceso a la plataforma en línea de la encuesta, por lo que se procedió a solicitar el correo de los y las participantes, para

posteriormente enviar el link de la encuesta y que la pudieran completar cuando tuvieran oportunidad.

5.3. Conclusiones

- El nivel de autoeficacia de las personas adultas trabajadoras con enfermedades cardiovasculares crónicas de la Universidad Nacional es alta según los resultados obtenidos.
- La capacidad de realizar actividades alternativas a la toma de medicamentos tales como mejorar la alimentación, realizar ejercicio o disminuir el estrés es la dimensión de la autoeficacia en la cual las personas en general obtuvieron valores más altos.
- Las mujeres presentan ligeramente mayores niveles de autoeficacia que los hombres en las seis dimensiones valoradas.
- A nivel de sexo, las mujeres presentaron su mayor nivel de autoeficacia en la dimensión del dolor, ya que se sienten en capacidad de evitar que las dolencias debido a su enfermedad interfieran con las cosas que quieren hacer. Por su parte los hombres presentaron mejores niveles en la dimensión de fatiga y en realizar actividades alternativas (a solo la toma de medicamentos) para el manejo de su enfermedad.
- El rol que se le asigna a la mujer y al hombre en la sociedad influye en sus niveles de autoeficacia.

- Los mayores niveles de autoeficacia se presentaron principalmente en las personas entre los 30 y 39 años de edad.
- Un nivel de autoeficacia alto indicado por las personas no asegura que estas lleguen a ejecutar una acción para el logro de alguna meta establecida.

5.4. Recomendaciones

Seguidamente se presentan algunas recomendaciones por parte de los y las estudiantes investigadores:

A la Universidad de Costa Rica, especialmente a la Escuela de Enfermería:

- Promover en mayor medida la investigación de temas referentes a la autoeficacia en diferentes áreas, incluidas las enfermedades cardiovasculares crónicas, ya que no existen antecedentes del mismo a nivel nacional.
- Es importante indagar este mismo tema en otras poblaciones, como por ejemplo en los funcionarios y las funcionarias de la Universidad de Costa Rica, a fin de que se puedan realizar comparaciones entre ambas poblaciones y fortalecer la información recolectada en la presente investigación.
- Fortalecer conceptos como el de autoeficacia en la población estudiantil, ya que este no se menciona durante la carrera y puede conformar una

herramienta más con la cual se cuente para una óptima valoración de las personas.

- Incentivar el uso de escalas como la de Autoeficacia en las prácticas clínicas, para así detectar otras necesidades que las personas puedan tener en esta área.
- Fomentar el aprendizaje acerca de la autoeficacia en las distintas poblaciones abarcadas en cada módulo, para que de esta forma se comprenda como la misma logra influir positivamente sobre el manejo que se pueda tener en los ámbitos de la vida en general, no solo ante algún padecimiento.

A los y las investigadores encargados y encargadas del proyecto del cual deriva el presente trabajo:

- Mejorar los enlaces con los cuales cuentan en la UNA, además de incorporar nuevos contactos que estén dispuestos a colaborar con el mismo, para lograr mayores alcances ante una conexión más efectiva con la población en estudio.
- Considerar que en la escala, en la primera pregunta, se definan los conceptos de fatiga y cansancio para que la persona pueda diferenciarlos o en su lugar optar por colocar solo una de ellas para evitar la confusión que pueda ocasionar.

- Es relevante que se analice con expertos la redacción de los ítems de la Escala de Autoeficacia, a fin de que estos sean claros y puedan ser entendidos por todas las personas, sin importar su formación o nivel educativo; ya que a partir de su validación en el presente estudio, se detectó al aplicarla de forma presencial, que los y las participantes en repetidas ocasiones expresaban dificultad para comprender lo que se solicitaba en el ítem, además pedían la aclaración por parte de los y las estudiantes investigadores. Por lo que se destaca la importancia de dicho proceso de validación, al que este seminario es parte, lo que permite encontrar puntos que mejorar en la Escala de Autoeficacia.

A la Universidad Nacional:

- Favorecer y fomentar la colaboración en investigaciones como esta, en las que faciliten a los y las estudiantes investigadores herramientas o enlaces que les permitan una mayor cobertura en toda la Universidad, para obtener mejores resultados en la recolección de datos, tal vez que dirijan a un departamento de la Universidad que tenga mayor acceso a toda la población de trabajadores de la UNA, con esto informar a todos los departamentos y facultades de la Universidad, generando personas clave que por ejemplo; en reuniones que realicen, puedan exponer a los funcionarios y las funcionarios el trabajo que se esté haciendo y promuevan la participación en el mismo, a su vez propaguen entre sus

compañeros y compañeros lo indicado. Destacando la importancia, de que en este caso se tuviera como principal contacto el Departamento de Salud.

A los y las profesionales en el área de salud, especialmente en Enfermería:

- Reforzar no solo las investigaciones en relación a estos temas, sino además reconocer las carencias y la necesidad de fomentar desde cada área de trabajo, las prácticas de autocuidado, autogestión y autoeficacia en la población en general.
- Reconocer la importancia de continuar con investigaciones que permitan esclarecer más los factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares crónicas que afectan a tantos hombres y mujeres en el mundo con el fin de prevenirlas y controlarlas de una forma más eficaz.
- Fortalecer desde cada área de trabajo y cada nivel de atención la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, para que así se garantice una mejor calidad de vida de las personas y evitar, en la medida de lo posible, el aumento de las enfermedades crónicas.

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. 2018. [citado el 25 de junio del 2018]. Enfermedades Crónicas. Disponible en: http://www.who.int/topics/chronic_diseases/es/
2. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. 2014. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2014. [citado el 22 de noviembre del 2018]. Disponible en: apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/149296/WHO_NMH_NVI_15.1_spa.pdf;jsessionid=D78FD6DC8E5C1BD32E2FABEDC3844C58?sequence=1
3. Organización Panamericana de la Salud. [Internet]. Ginebra. 2011. La carga Económica de las Enfermedades no transmisibles en la región de las américas. [citado el 24 de noviembre del 2018]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2011/paho-policy-brief3-spl.pdf>
4. Pérez K. CCSS invierte ¢245.350 millones en atención de pacientes con enfermedades cardiovasculares [Internet]. elmundo.cr. 2017 [citado el 24 de noviembre del 2018]. Disponible en: <https://www.elmundo.cr/ccss-invierte-¢245-350-millones-atencion-pacientes-enfermedades-cardiovasculares/>
5. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of control. New York: Freeman; 1997.

6. Carpi A, González P, Zurriaga R, Marzo JC, Buunk AP. Autoeficacia y percepción de control en la prevención de la enfermedad cardiovascular. Univ. Psychol [Internet]. 2010 [citado el 25 de noviembre del 2018]; 9(2): 423-432. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v9n2/v9n2a10.pdf>
7. Abreu A. Calidad de vida, apoyo social y autoeficacia en personas con infarto agudo de miocardio en un área sanitaria de la provincia de Huelva. [Tesis Doctoral en Internet] Huelva, España: Universidad de Huelva; 2012. [citado el 24 de noviembre del 2018]. Disponible en: <http://rabida.uhu.es/dspace/handle/10272/6026>
8. Rojas M. Nivel de Autoeficacia de los Empleados de la Confederación Deportiva Autónoma de Guatemala. [Tesis Doctoral en Internet] Guatemala: Universidad Rafael Landívar; 2014. [citado el 25 de noviembre del 2018]. Disponible en: <http://biblio3.url.edu.gt/Tesario/2014/05/43/Rojas-Manuel.pdf>
9. Medina M. Autoeficacia en pacientes post-infarto agudos de miocardio en una IPS especializada en Girardot. [Tesis de Maestría en Internet] Bogotá, Colombia: Universidad Nacional de Colombia; 2015. [citado el 26 de noviembre del 2018]. Disponible en: <http://bdigital.unal.edu.co/52595/1/mauriciomedinagarzon.2015.pdf>
10. Pereyra C, Ofman S, Cófreces P, Benassi M, Dorina S. Síndrome coronario agudo y autoeficacia para el afrontamiento del estrés en

- pacientes varones. Rev Cub Med Integr Gene [Internet]. 2015 [citado el 26 de noviembre del 2018]; 31(4). Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/89/36>
11. Bernabé M, Martín M, Terol M. La autoeficacia y su relación con la salud psicosocial ocupacional en médicos de urgencias hospitalarias. Ucomaule - Rev Acad Univ Católica del Maule [Internet]. 2017 [citado el 26 de noviembre del 2018]; (53): 75-91. Disponible en: <http://web.a.ebscohost.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/ehost/detail/detail?vid=5&sid=86bcc7eb-6634-4bb2-a888-0ed1473547c1%40sessionmgr4007&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtbGl2ZS ZzY29wZT1zaXRl#AN=129935597&db=fua>
12. Calderón J, Laca F, Pando M. La autoeficacia como mediador entre el estrés laboral y el bienestar. Psicología y Salud [Internet]. 2017 [citado el 24 de noviembre del 2018]; 27(1): 71-78. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Jose_Luis_Calderon_Mafud/publication/315111421_La_autoeficacia_como_mediador_entre_el_estres_laboral_y_el_bienestar_Self-efficacy_as_mediator_between_work_stress_and_well-being/links/58ca9d0492851c726299433a/La-autoeficacia-como-mediador-entre-el-estres-laboral-y-el-bienestar-Self-efficacy-as-mediator-between-work-stress-and-well-being.pdf
13. Cadena JC, González Y. El cuidado de enfermería en pacientes con riesgo cardiovascular sustentado en la teoría de Nola J Pender. Investig Enferm

- Imagen Desarr [Internet]. 2017 [citado el 27 de noviembre del 2018]; 19(1): 107-121. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.11144/Javeriana.ie19-1.ecep>
14. Mills K, Gatton ML, Mahoney R, Nelson A. "Work it out": evaluation of a chronic condition self-management program for urban Aboriginal and Torres Strait Islander people, with or at risk of cardiovascular disease. BMC Health Services Research [Internet]. 2017 [citado el 27 de noviembre del 2018]; 17(680): 1-10. Disponible en: <http://search.ebscohost.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=28950874&site=ehost-live&scope=site>
15. Gutiérrez R, Gómez M. Agencia de autocuidado y autoeficacia percibida en personas con cardiopatías isquémicas. Avanc en Enf [Internet]. 2018 [citado el 24 de noviembre del 2018]; 36(2): 27-35. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/65674/67028>
16. Vilchez V, Paravic T, Salazar A, Sáenz K. Efecto de Intervención Innovadora: Consejería de Enfermería en Salud Cardiovascular en Atención Primaria. Rev Chil Cardio [Internet]. 2015 [citado el 28 de noviembre del 2018]; 34(1): 36-44. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchcardiol/v34n1/art04.pdf>
17. Arroyo E. Programa de Promoción de Conductas Saludables y de Autoeficacia en personas diagnosticadas con fibromialgia atendidas en el

- centro nacional de control del dolor y cuidados paliativos. [Tesis de posgrado] San José, Costa Rica: Universidad de Costa Rica; 2015.
18. Gutiérrez J, Gutiérrez R, Ureña P. Autoeficacia general, ansiedad precompetitiva y sensación de fluir en jugadores (as) de balonmano de la Selección Nacional de Costa Rica. *MH Salud* [Internet]. 2013 [citado el 15 de julio del 2019]; 10(2): 1-16. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4766911>
 19. Mata, A. Construcción de un inventario para la medición de la autoeficacia vocacional. *Actual Inv Edu* [Internet]. 2018 [citado el 15 de julio del 2019]; 18(1): 1-26. Disponible en: <https://revistas.ucr.ac.cr/index.php/aie/article/view/31732>
 20. Ministerio de Salud. Análisis de Situación de Salud Costa Rica [Internet]. 2014 [citado el 25 de noviembre del 2018]. Disponible en: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/vigilancia-de-la-salud/analisis-de-situacion-de-salud>.
 21. Merck Sharp and Dohme de España. El Paciente Crónico [Internet]. 2016 [citado 25 junio del 2018]. Disponible en: https://www.msdsalud.es/Assets/docs/dossier_msd/el-paciente-cronico.pdf
 22. Castro E, Muñoz AI. Trabajo en el sector salud: implementación de la promoción de la salud en los lugares de trabajo. *Rev Fac Nac Salud Pública* [Internet]. 2011 [citado el 25 de junio del 2018]; 29(4): 484-493. Disponible en:

<http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/ehost/detail/detail?vid=5&sid=d2785d7a-41f5-4fe5-a245-e737b92708e4%40sessionmgr104&bdata=JnNpdGU9ZW9vc3QtbG12ZSZzY29wZT1zaXRl#AN=83287925&db=a9h>

23. Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo. Factores de riesgo enfermedades cardiovasculares en la población trabajadora según la Encuesta Nacional de Salud [Internet]. 2012 [citado el 25 de junio del 2018]. Disponible en: <http://www.oect.es/Observatorio/5%20Estudios%20tecnicos/Riesgos%20especificos/Riesgo%20cardiovascular/Ficheros%20e%20informes/Riesgo%20cardiovascular.pdf>
24. Gutiérrez A, Vilorio J. Riesgos Psicosociales y Estrés en el ambiente laboral. Salud Uninorte [Internet]. 2014 [citado el 25 de junio del 2018]; 30(1): 5-7. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v30n1/v30n1a01.pdf>
25. Matabanchoy SM. Health At Work. Univ y Salud [Internet]. 2012 [citado el 25 de junio del 2018]; 14(1): 87–102. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072012000100008&lng=en&nrm=iso&tlng=es
26. Bandura A. La auto-eficacia [Internet]. V ed. New York: Academic Press; 1994 [citado el 25 de junio del 2018]. Disponible en: <https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1994EHB.pdf>

27. Merino E, Fernández M, Bargsted M. El papel moderador de la autoeficacia ocupacional entre la satisfacción y la irritación laboral. *Univ Psychol* [Internet]. 2015 [citado el 25 de junio del 2018]; 14(1): 15–25. Disponible en: <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.sibdi.ucr.ac.cr:2048/ehost/detail/detail?vid=3&sid=d2785d7a-41f5-4fe5-a245-e737b92708e4%40sessionmgr104&bdata=JnNpdGU9ZWZWhvc3QtbGl2ZSZzY29wZT1zaXRl#AN=103702139&db=a9h>
28. Ryan P, Sawin K. The Individual and Family Self-management Theory: Background and Perspectives on Context, Process, and Outcomes. *Nurs Outlook* [Internet]. 2009 [citado el 25 de junio del 2018]; 57(4): 217-225. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2908991/>
29. González J. Aplicación del proceso de atención de enfermería a la salud laboral. *Med Segur Trab* [Internet]. 2011 [citado el 29 de junio del 2018]; 57(222): 15-22. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v57n222/especial2.pdf>
30. Orem D. *Normas Prácticas en Enfermería*. Madrid: Ediciones Pirámide, S. A; 1993.
31. King I. *Enfermería como profesión*. México D.F: LIMUSA.S.A; 1984.
32. Olivari C, Urra E. Autoeficacia y Conductas de Salud. *Ciencia y Enfermería* [Internet]. 2007 [citado el 29 de junio del 2018]; 13(1): 9-15. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3704/370441794002.pdf>

33. Organización Mundial de la Salud [Internet]. 2017 [citado el 29 de junio del 2018]. Enfermedades Cardiovasculares [aprox. 10 pantallas]. Disponible en: [http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
34. Montalvo A, Cabrera B, Quiñones S. Enfermedad crónica y sufrimiento: revisión de literatura. *Aquichán*. 2012; 12(2): 134-143.
35. Observatorio Venezolano de la Salud. Enfermedades Crónicas. Caracas [Internet]. 2016 [citado el 20 de julio del 2018]; 4: 1-3. Disponible en: <https://www.ovsalud.org/descargas/boletines/Enfermedades-cronicas.pdf>
36. Barba JR. México y el reto de las enfermedades crónicas no transmisibles, El laboratorio también juega un papel importante. *Rev Latinoam Patol Clin Med Lab* [Internet]. 2018 [citado el 20 de julio del 2018]; 65 (1): 4-17. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/patol/pt-2018/pt181a.pdf>
37. Unión de Mutuas. La Cardiopatía Isquémica. 2016 [citado el 25 de noviembre del 2018]. Disponible en: <https://www.uniondemutuas.es/wp-content/uploads/2017/03/Cardiopatiaisquemica.pdf>
38. Ministerio de Salud Gobierno de Entre Ríos. Accidente Cerebrovascular. 2017 [citado el 25 de noviembre del 2018]. Disponible en: http://www.afam.org.ar/textos/10_05_2017/las_enfermedades_cronicas_n_o_transmisibles.pdf

39. Organización Mundial de la Salud. Hipertensión. 2018 [citado el 25 de noviembre del 2018]. Disponible en: <https://www.who.int/topics/hypertension/es/>
40. Organización Mundial de la Salud. Diabetes. 2018 [citado el 25 de noviembre del 2018]. Disponible en: https://www.who.int/topics/diabetes_mellitus/es/
41. Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico y tratamiento de dislipidemias (hipercolesterolemia) en el adulto [Internet]. México: Secretaría de Salud; 2016 [citado el 25 de noviembre del 2018]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/233_GP_C_Dislipidemias/GER_Dislipidemia.pdf
42. Rondanelli R. Estilo de Vida y Enfermedad Cardiovascular en el Hombre. *Rev. Med. Clin. Condes.* 2014; 25(1): 69-77.
43. Moore S et al. Recommendations of common data elements to advance the science of self-management of chronic conditions. *Revista de becas de enfermería [Internet].* 2016 [citado el 25 de noviembre del 2018]; 48(5): 437-47. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5490657/>
44. Bodenheimer T, Lorig K, Holman H, Grumbach K. Patient Self-management of Chronic Disease in Primary Care. *JAMA [Internet].* 2002 [citado el 25 de noviembre del 2018]; 288(19): 2469-2475. Disponible en:

<https://pdfs.semanticscholar.org/c219/621ae99a3ec960b26b1aa2e01ee75e62b53d.pdf>

45. Lorig K, Holman H, Med AB. Lorig KR. Self-management education history, definition, outcomes, and mechanisms. Pubmed [Internet]. 2003 [citado el 25 de noviembre del 2018]; 26(1): 1-7. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12867348>
46. Velásquez A. Revisión Histórico-Conceptual del concepto de Autoeficacia. Revista Pequén. 2012; 2(1): 148-160.
47. Ritter P, Lorig K. The English and Spanish Self-Efficacy to Manage Chronic Disease Scale measures were validated using multiple studies. Journal of Clinical Epidemiology. 2014; 67: 1265- 1273.
48. Peralta E. La productividad de la población económicamente activa (PEA) en México: historia, panorama actual y perspectiva. Entreciencias: Diálogos en la Sociedad del Conocimiento [Internet]. 2016 [citado el 25 de noviembre del 2018]; 4(10): 165-186. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=457646537002>
49. Organización Mundial de la Salud. Entornos laborales saludables: fundamentos y modelo de la OMS: contextualización, prácticas y literatura de apoyo [Internet]. 2010 [citado el 28 de octubre del 2018]. Disponible en: http://www.who.int/occupational_health/evelyn_hwp_spanish.pdf
50. Caja Costarricense de Seguro Social. Vigilancia de los factores de riesgo cardiovascular, segunda encuesta, 2014 [Internet]. San José, Costa Rica:

- EDNASS-CCSS; 2016 [citado el 28 de octubre del 2018]. Disponible en:
<http://www.binasss.sa.cr/informesdegestion/encuesta2014.pdf>
51. Reglamento de trabajos finales de graduación de la Universidad de Costa Rica. Sesión 2713-17. La Gaceta Universitaria Año IV, 63. (04 de agosto de 1980). Disponible en:
http://www.cu.ucr.ac.cr/normativ/trabajos_finales_graduacion.pdf
52. Pérez J. El seminario alemán una estrategia pedagógica para el estudiante. Cultura, educación y sociedad [Internet]. 2010 [citado el 28 de octubre del 2018]; 1(1): 107-112. Disponible en: <file:///C:/Users/198/Downloads/920-Texto%20del%20art%C3%ADculo-3356-1-10-20160421.pdf>.
53. Hernández R, Fernández C, Baptista M. Metodología de la investigación [Internet]. Sexta edición. México: McGraw-Hill; 2014 [citado el 18 de septiembre del 2018]. Disponible en: <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
54. Otzen T, Manterola C. Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. Int. J. Morphol [Internet]. 2017 [citado el 28 de octubre del 2018]; 35(1):227-232. Disponible en :
<https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>
55. Kline R. Principles and practice of structural equation modeling [Internet]. Tercera edición. New York: The Guilford Press; 2011 [citado el 29 de octubre del 2018]. Disponible en:
ftp://158.208.129.61/suzuki/PP_SEM_3e.pdf

56. Jackson D. Revisiting sample size and number of parameter estimates: Some support for the N: Q hypothesis. *Structural Equation Modeling*. Taylor & Francis Group [Internet]. 2003 [citado el 28 de octubre del 2018]; 10(1): 128-141. Disponible en: https://www.tandfonline.com/doi/citedby/10.1207/S15328007SEM1001_6?scroll=top&needAccess=true
57. Kish L. *Statistical design for research*. Wiley. New York: US; 1987.
58. Self-Management Resource Center. Spanish Chronic Disease Self-Efficacy [Internet]. California. [citado el 28 de setiembre del 2018]. Disponible en: https://www.selfmanagementresource.com/docs/pdfs/Spanish_-_chronic_disease_self-efficacy.pdf
59. Lorig, K, Stewart, A, Ritter, P, Gonzalez, V, Laurent, D, Lynch, J. Outcome measures for health education and other health care interventions [Internet]. Estados Unidos: Thousand Oaks CA: Sage Publications; 1996 [citado el 26 de enero del 2020]. Disponible en: <https://books.google.co.cr/books?hl=en&lr=&id=p1DdjDvVVVoAC&oi=fnd&pg=PR7&dq=Lorig,+K#v=onepage&q=Lorig%2C%20K&f=false>
60. Cebrián L. *Análisis Estadístico Descriptivo* [Internet]. Universidad Inca Garcilaso de la Vega. 2009 [citado el 28 de setiembre del 2018]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos-pdf2/analisis-estadistico-descriptivo/analisis-estadistico-descriptivo.pdf>

61. González BM. El taller como componente curricular para la formación integral en la educación superior. *Perspectivas docentes* 60 [Internet]. 2016 [citado el 28 de noviembre del 2018]; 21–29. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6349223>
62. Lara F, Cabrera M. Guía de evaluación educativa UDLA [Internet]. Santiago, Chile: UDLA; 2015 [citado el 28 de setiembre del 2018]. Disponible en: www.udla.cl/portales/tp9e00af339c16/uploadImg/File/fichas/Ficha-17-foro.pdf
63. Lira R. Las metodologías activas y el foro presencial: su contribución al desarrollo del pensamiento crítico. *Revista Electrónica Actualidades Investigativas en Educación* [Internet]. 2010 [citado el 28 de noviembre del 2018]; 10(1): 1-18. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44713068008>
64. Martínez S. El seminario: Técnica de trabajo académico e investigativo [Internet]. 2009 [citado el 28 de noviembre del 2018]. Disponible en <http://www.uacj.mx/ICB/redcib/MetodosEnseñanza/Seminario/El%20seminario%20Técnica%20de%20trabajo%20académico%20e%20investigativo.pdf>
65. Ley Reguladora de Investigación Biomédica. Ley 9234. Diario Oficial La Gaceta (CR), 79, (25 de abril del 2014). Disponible en:

<http://www.emedic.ucr.ac.cr/images/BuenasPracticas/Ley%20reguladora%20de%20la%20investigacion%20medica.pdf>

66. Reglamento Ético Científico de la Universidad de Costa Rica para las Investigaciones en las que Participan Seres Humanos. La Gaceta Universitaria (CR), 6-2000, (22 de junio del 2000). Disponible en: http://www.cu.ucr.ac.cr/normativ/etico_cientifico.pdf
67. Ministerio de Salud. Análisis de Situación de Salud Costa Rica [Internet]. 2019 [citado el 25 de enero del 2020]. Disponible en: https://www.google.com/url?q=https://www.ministeriodesalud.go.cr/sobre_ministerio/memorias/memoria_2014_2018/memoria_institucional_2018.pdf&sa=D&ust=1583184489323000&usg=AFQjCNFrUhsIMu8jZZJFTD8FGiBFJbpdIA
68. Górriz J, Marin R, De Alvaro F, Martínez A, Navarro J. Tratamiento de la hipertensión arterial en la diabetes mellitus Tipo 2. Nefro Plus [Internet]. 2008 [citado el 25 de enero del 2020]; 1(1): 16-27. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/es-pdf-X188897000800010X>
69. Ministerio de Salud et al. Encuesta de diabetes, hipertensión y factores de riesgo para enfermedades crónicas [Internet]. San José, Costa Rica; 2009 [citado el 25 de enero del 2020]. Disponible en : https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Encuesta_CAMDI_Costa_Rica.pdf

70. Ramón C, Ávalos M. Diabetes Mellitus hacia una perspectiva social. Rev Cub Salud Pú [Internet]. 2013 [citado el 3 de febrero del 2020]; 39(2): 331-345. Disponible en <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2013.v39n2/331-345/es>
71. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Costa Rica en cifras, Distribución de personas trabajadoras según sector de actividad. San José; [Internet]. 2018 [citado el 17 de febrero del 2020]. Disponible en: <http://www.inec.go.cr/sites/default/files/documentos-biblioteca-virtual/recostraricaencifras2018.pdf>
72. Instituto Nacional de Estadística y Censos. Panorama demográfico 2018. San José; [Internet]. 2019. [citado el 17 de febrero del 2020] Disponible en: <http://www.inec.go.cr/sites/default/files/documentos-biblioteca-virtual/replancevpanorama2018.pdf>
73. Delgado H, Lastre K, Valdés M, Benet M, Morejón A. Prevalencia de factores de riesgo cardiovascular en la población del Área I del municipio Cienfuegos. Rev. Fin. [Internet]. 2014. [citado el 17 del febrero del 2020]; 4(2): 107-116 Disponible en: <http://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/283/1306>
74. Liu H, Zhang Z, Choi S. Risk of Cardiovascular Diseases and Cancer in Later Life: The Role of Age at First Marriage. Nat Lib Med [Internet]. 2018 [citado el 27 de febrero del 2020]; 3(2): 27. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6319246/>

75. Isiozor N, Kunutsor S, Laukkanen T, Kauhanen J, Laukkanen J. Marriage Dissatisfaction and the Risk of Sudden Cardiac Death Among Men. *Nat Lib Med* [Internet]. 2019 [citado el 27 de febrero del 2020]; 123(1): 7-11. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30352663>
76. Pérez Y, Soto A. Factores de riesgo de las enfermedades cardiovasculares. [Trabajo fin de Grado en Internet]. Madrid- España: Universidad Complutense de Madrid: 2017. [Citado el 18 de febrero del 2020]. Disponible en: <http://147.96.70.122/Web/TFG/TFG/Memoria/ANA%20SOTO%20GARCIA.pdf>
77. Hernández J. Avances en promoción de la salud y prevención de las enfermedades crónicas en Costa Rica. *Rev Costarr Salud Pública* [Internet]. 2010 [Citado el 19 de febrero del 2020]; 19(1): 48-55. Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/rcsp/v19n1/a09v19n1.pdf>
78. Cáceres M. La importancia de la educación para la salud en la edad infantil. *Revista digital para profesionales de la enseñanza* [Internet]. 2010 [Citado el 27 de febrero del 2020]; (1): 1-8. Disponible: <http://www.uco.es/docencia/grupos/saludpsico/wp-content/uploads/2015/10/La-importancia-de-la-educaci%C3%B3n-para-la-salud-Caceres-2010.pdf>
79. Munetón G, Quintana G. El nivel educativo y su papel en enfermedades reumáticas. *Rev Colomb Reumatol* [Internet]. 2014 [Citado el 26 de

- febrero del 2020]; 21(4): 165-168. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rcrc/v21n4/v21n4a01.pdf>
80. Barbecho M. Factores asociados a la adherencia al tratamiento en los adultos mayores hipertensos de las parroquias rurales del Cantón Gualaceo 2015. [Tesis en Posgrado en Internet]. Cuenca, Ecuador: Universidad de Cuenca; 2017. Disponible en:
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/27113/1/Tesis.pdf>
81. Esteve I, Grande A, Acosta D. Factores de riesgo cardiovascular, ¿realmente existe una relación con el nivel educativo?. *Cardiocre* [Internet]. 2015 [Citado el 18 de febrero del 2020]; 50(1): 34-37. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2770/277041126008.pdf>
82. Cecilia, M, Atucha N, García J. Estilos de salud y hábitos saludables en estudiantes del Grado en Farmacia. *ELSEVIER* [Internet]. 2018 [Citado el 26 de febrero del 2020]; 19(S3). Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-educacion-medica-71-articulo-estilos-salud-habitos-saludables-estudiantes-S1575181317301468>
83. Torres C, Trujillo C, Urquiza, A, Salazar R, Taype R. Hábitos alimentarios en estudiantes de medicina de primer y sexto año de una universidad privada de Lima, Perú. *Rev. chil. nutr.* [Internet]. 2016 [Citado el 26 de febrero del 2020]; 43(2): 146-154. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75182016000200006

84. Urrutía O, Marroquín C, Arévalo H. El entorno laboral y su impacto en las enfermedades crónicas no transmisibles en la Policía Nacional Civil, año 2014. *Policía y Seguridad Pública* [Internet]. 2017 [citado el 17 de febrero del 2020]; 7(2): 361-398. Disponible en: <https://www.lamjol.info/index.php/RPSP/article/download/5468/5136>
85. González R, Cardentey J. Comportamiento de las enfermedades crónicas no transmisibles en adultos mayores. *Revista Finlay* [Internet]. 2018 [citado el 17 de febrero del 2020]; 8(2): 103-110. Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/564>
86. Caja Costarricense del Seguro Social. Guía para la prevención de las enfermedades cardiovasculares [Internet]. San José: EDNASSS; 2015 [citado el 17 de febrero del 2020]. Disponible en: <https://repositorio.binasss.sa.cr/repositorio/bitstream/handle/20.500.11764/409/2015enfermedadescardiovasculares.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
87. Bandura, A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review* [Internet]. 1997 [citado el 17 de febrero del 2020]; 84(2): 191–215. Disponible en: <https://doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>
88. Chapagain R. Aplicación de las normas de calidad de atención establecidas por el compromiso de Gestión a los pacientes Diabéticos del Área de salud Alajuelita en el periodo de enero a junio del 2007. [Tesis de Maestría en Administración de Servicios de Salud Sostenible] San José,

- Costa Rica: Universidad Estatal a Distancia; [Internet]. 2008. [citado el 18 de febrero del 2020]; Disponible en: <http://repositorio.uned.ac.cr/reuned/bitstream/120809/1124/1/Aplicaci%C3%B3n%20de%20lasnormas%20de%20calidad.pdf>
89. Soria R, Vega Z, Nava C, Saavedra K. Interacción médico-paciente y su relación con el control del padecimiento en enfermos crónicos. *Liber* [Internet]. 2011 [citado el 27 de febrero del 2020]; 17 (2). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272011000200011
90. Ponce J, Ponce A. Identificación y abordaje del bajo apoyo social en pacientes con enfermedad crónica que presentan gestión ineficaz de la propia salud. *Biblio Lascasas* [Internet]. 2014 [citado el 27 de febrero del 2020]; 10(3): 1-50. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0785.pdf>
91. Irigoín J. Nivel de autoeficacia laboral en profesionales de los establecimientos de salud de la ciudad de cajamarca. [Tesis de Licenciatura] Cajamarca, Perú: Universidad de Cajamarca [Internet]. 2018 [citado el 27 de febrero del 2020]. Disponible en: <http://repositorio.upagu.edu.pe/bitstream/handle/UPAGU/590/Joel%20Alvarino%20Irigo%ADn%20Edqu%A9n.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

92. León RC, Peñarrieta MI, Gutiérrez T, Banda O, Flores F y Rivera MC. Predictores del comportamiento de automanejo en personas con enfermedades crónicas de Tamaulipas. *Enfermería Universitaria* [Internet]. 2019 [citado el 27 de febrero del 2020]; 16(2): 128-137. Disponible en [:https://www.google.com/url?q=https://www.researchgate.net/publication/335636050_Predictores_del_comportamiento_de_automanejo_en_personas_con_enfermedades_cronicas_de_Tamaulipas/link/5d7136df299bf1cb80896eeb/download&sa=D&ust=1582867890012000&usg=AFQjCNFp3vY0gt_Qsx-kOcnZmbKTn3D2-g](https://www.google.com/url?q=https://www.researchgate.net/publication/335636050_Predictores_del_comportamiento_de_automanejo_en_personas_con_enfermedades_cronicas_de_Tamaulipas/link/5d7136df299bf1cb80896eeb/download&sa=D&ust=1582867890012000&usg=AFQjCNFp3vY0gt_Qsx-kOcnZmbKTn3D2-g)
93. Pedraz B. Fatiga: historia, neuroanatomía y características psicopatológicas. Una revisión de la Literatura. *Rev Neuropsiquiatr* [Internet]. 2018 [citado el 27 de febrero del 2020]; 81(3): 174-182. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v81n3/a05v81n3.pdf>
94. Pascual A, Caballo C. Funcionamiento y calidad de vida en personas con enfermedades crónicas: poder predictivo de distintas variables psicológicas. *Enferm. glob* [Internet]. 2017 [citado el 27 de febrero del 2020]; 16(46): 281-294. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n46/1695-6141-eg-16-46-00281.pdf>
95. Zegarra JW. Bases fisiopatológicas del dolor. *Act méd Peruana* [Internet]. 2007 [citado el 27 de febrero del 2020]; 24(2). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172007000200007

96. Puebla F. Tipos de dolor y escala terapéutica de la O.M.S, Dolor iatrogénico. *Oncología Radioterápica. Onco Barc* [Internet]. 2005 [citado el 27 de febrero del 2020]; 28(3). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0378-48352005000300006
97. Organización Mundial de la Salud. Información general sobre la hipertensión en el mundo. Una enfermedad que mata en silencio, una crisis de salud pública mundial. Suiza: WHO Document Production Services. [Internet]. 2013 [citado el 21 de febrero del 2020]. Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/87679/WHO_DCO_WHD_2013.2_spa.pdf;jsessionid=6B292A30403CCBF3DDB58A8FF4D18215?sequence=1
98. Organización Mundial de la Salud. Diabetes. Qué es la diabetes. [Internet]. 2020 [citado el 21 de febrero del 2020]. Disponible en: https://www.who.int/diabetes/action_online/basics/es/index1.html
99. NHS CHOISES El colesterol. Queen's Printer and Controller of HMSO. [Internet]. 2008 [citado el 21 de febrero del 2020]. Disponible en: https://www.nhs.uk/translationspanish/documents/cholesterol_spanish_final.pdf
100. López A, Montorio I, Izal M. El papel de las variables cognitivo-conductuales y sensoriales en la predicción de la capacidad funcional y la interferencia en la actividad en una muestra de personas mayores con

dolor crónico. Rev Soc Esp Dolor [Internet]. 2010 [citado el 21 de febrero del 2020]; 17(2): 78-88. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v17n2/original2.pdf>

101. Gil A. La percepción de autoeficacia como factor pronóstico de la integración social y la satisfacción con la vida en personas con lesión cerebral traumática severa-moderada después del tratamiento rehabilitador. [Tesis Doctoral en Psicología, Salud y calidad de Vida]. Universidad de Girona. [Internet]. 2016 [citado el 21 de febrero del 2020]. Disponible en: https://dugi-doc.udg.edu/bitstream/handle/10256/14924/tago_20170729.pdf?sequence=1&isAllowed=y
102. Jiménez A, Bautista S. Experiencia diferencial del dolor según género, edad, adscripción religiosa y pertenencia étnica. Arch Med Familiar [Internet]. 2014 [citado el 21 de febrero del 2020]; 16 (3): 49-55. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2014/amf143d.pdf>
103. Rodríguez T. Factores emocionales en el abordaje de las enfermedades cardiovasculares. Valoración actualizada desde la Psicocardiología. Rev Finl [Internet]. 2012 [Citado el 18 de febrero del 2020]; 2(3). Disponible en: <http://www.revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/132/982>

104. Rueda P. El papel de las emociones en la calidad de vida del paciente con enfermedad crónica. [Internet]. 2018 [Citado el 18 de febrero del 2020]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/326552321_El_papel_de_las_emociones_en_la_calidad_de_vida_del_paciente_con_enfermedad_cronica/link/5b55b98945851507a7c0ceb3/download
105. Chuya P, Peña G. Autoeficacia en las conductas saludables. [Internet]. 2015. [Citado el 18 de febrero del 2020]. Disponible en: <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/4190/1/CD00508-2015-TRABAJO%20COMPLETO.pdf>
106. Solís M. Caja Costarricense del Seguro Social. [Internet]. 2013. Mujeres ocupan más los servicios de la CCSS que los hombres. [Citado el 18 de febrero del 2020]. Disponible en: <https://www.ccss.sa.cr/noticia?mujeres-ocupan-mas-los-servicios-de-la-ccss-que-los-hombres>
107. Gartzia L, Aritzeta A, Balluerka N, Barberá E. Inteligencia emocional y género: más allá de las diferencias sexuales. *Anal de Psico* [Internet]. 2012 [Citado el 18 de febrero del 2020]; 28(2): 567-575. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/167/16723135028.pdf>
108. Hernández, JM. Avances en promoción de la salud y prevención de las enfermedades crónicas en Costa Rica. *Rev Costarr Salud Pública*

- [Internet]. 2010 [Citado el 22 de febrero del 2020]; 19: 48-55. Disponible en: <https://www.scielo.sa.cr/pdf/rcsp/v19n1/a09v19n1.pdf>
109. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial sobre régimen alimentario, actividad física y salud: Actividad física [Internet]. 2020 [citado el 18 de febrero del 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/https://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/es/>
110. Gómez R, Monteiro H, Cossio-Bolaños MA, Fama-Cortez D, Zanesco A. El ejercicio físico y su prescripción en pacientes con enfermedades crónicas degenerativas. Revista. Perú. Medicina. Salud Pública [Internet]. 2010 [citado el 21 de febrero del 2020]; 27(3): 379-386. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342010000300011&lng=es.
111. Leal E, Aparicio D, Luti Y, Acosta L, Finol F, Rojas E, Toledo A, Cabrera M, Bermúdez V, Velasco M. Actividad física y enfermedad cardiovascular. Revista Latinoamericana de Hipertensión [Internet]. 2009 [citado el 21 de febrero del 2020]; 4(1): 2-17. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=170216824002>
112. Navinés R, Martín-Santos R, Olivé V, Valdés M. Estrés laboral: implicaciones para la salud física y mental. Med. Clin. [internet]. 2015 [citado el 19 de febrero del 2020]; 146(8): 359–366. Disponible en:

https://www.researchgate.net/profile/Manuel_Valdes3/publication/304336915_Work-related_stress_Implications_for_physical_and_mental_health/links/5bcf5e9c299bf1a43d9b35ad/Work-related-stress-Implications-for-physical-and-mental-health.pdf

113. Socarrás M y Bolet M. Alimentación saludable y nutrición en las enfermedades cardiovasculares. *Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas* [Internet]. 2010 [consultado el 19 de febrero del 2020]; 29(3): 353-363. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ibi/v29n3/ibi06310.pdf>
114. Araya M. Hipertensión arterial y diabetes mellitus. *Rev. costarric. cienc. méd* [Internet]. 2004 [citado el 27 de febrero del 2020]; 25 (3-4). Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S0253-29482004000200007&script=sci_arttext&tlng=en

Anexos

Anexo 1: Correo electrónico con afiche informativo.

Señores (as)

Universidad Nacional de Costa Rica

Estimado (a) señor (a):

Reciba un cordial saludo. Nos dirigimos hacia su persona para solicitarle colaboración para realizar labores de investigación conjunta entre la Escuela de Enfermería UCR y el Departamento de salud de la UNA. Por favor encuentre más información acerca de nuestro objetivo en el siguiente afiche.

¡Te estamos buscando!

¿Eres **funcionario(a)** de la UNA
(Docente o administrativo) y padeces de alguna
enfermedad crónica cardiovascular (problemas
relacionados con el corazón y los vasos sanguíneos)?

Somos un trabajo de investigación y tenemos el objetivo de
analizar la autoeficacia (creencia de una persona en su
capacidad de tener éxito en una situación en particular)
en personas adultas trabajadoras con enfermedades
cardiovasculares crónicas (Hipertensión arterial,
Diabetes, Insuficiencia cardíaca, antecedente de Infarto,
antecedente de evento cerebrovascular, Dislipidemia,
Insuficiencia renal, entre otros).

Solo debes cumplir estos requisitos:

- Poseer una enfermedad cardiovascular
con al menos 6 meses de diagnosticada.
- NO haber participado anteriormente en entrevistas de la
investigación de autoeficacia de la UCR

Presiona el siguiente link y contesta la encuesta
[http://www.fmedicinaenlinea.ucr.ac.cr/limesurvey/index.php/722548?lang=es.](http://www.fmedicinaenlinea.ucr.ac.cr/limesurvey/index.php/722548?lang=es)

¡Ayudémonos!



UNIVERSIDAD DE
COSTA RICA



Anexo 2: Bitácora.

Fecha	Actividad	Lugar	Colaboradores
4 Junio	Se inició acercamiento con el programa de Lime Survey.	Núcleo de Investigación y Desarrollo Educativo en Salud (NIDES) Facultad de Medicina Universidad de Costa Rica.	Stuart Pérez
17 Junio	Inicio de la elaboración de la encuesta en línea, en Lime Survey.	NIDES Facultad de Medicina Universidad de Costa Rica.	Stuart Pérez.
22 Julio	Finalización de la encuesta en Lime Survey.	NIDES Facultad de Medicina Universidad de Costa Rica.	Stuart Pérez.

16 Agosto	Activación de la encuesta en línea.	NIDES Facultad de Medicina Universidad de Costa Rica.	Stuart Pérez. Ana Laura Solano.
22 Agosto	Reunión con la Dra. Víquez y entrega del link de la encuesta en línea para enviarla a los funcionarios.	Sala de reuniones, de la oficina de salud de la UNA.	Dra. Víquez. Ana Laura Solano.
27 Agosto	Colocación de afiches para el ingreso a la encuesta y entrega de las cartas a los directores de los Departamentos de Servicios Generales (Seguridad Institucional, Transporte, Oficina Postal) Facultad de Filosofía y Letras, facultad de Ciencias Sociales, Centro de Gestión Tecnológica, Dirección de Tecnologías de Información y Comunicación, Recursos Humanos, Centro de Gestión Informática.	UNA	-----
24 Octubre	Recolección de datos.	UNA	-----

1 Octubre	Planeación para esta fecha del taller con los integrantes del grupo de personas con enfermedades crónicas de la UNA, sin embargo no se logra realizar. Recolección de datos.	UNA	-----
8 Octubre	Taller con los integrantes del grupo de personas con enfermedades crónicas de la UNA. Recolección de datos.	UNA	Dra. Ruth Viquez. Dr. Juan Camacho.
15 Octubre	Entrega de solicitudes de permisos para realizar la Feria de Salud.	UNA	-----
18 Octubre	Se asistió a terminar de entregar solicitudes de permisos para realizar la Feria de Salud y recolección de datos en la Dirección de Tecnologías de Información y Comunicación (DTIC), sin embargo por protestas estudiantiles no se logra realizar los trámites.	UNA	-----

12 Noviembre	Entregar solicitudes nuevas de permisos para realizar la Feria de Salud. Entrevistas y recolección de datos en el DTIC.	UNA	-----
19 Noviembre	Colocación de stand para la realización de la feria de salud. Asistencia al Tamizaje de funcionarios de la UNA para la recolección de datos.	UNA: Plaza de la Diversidad y Departamento de Recursos Humanos.	-----
22 Noviembre	Se pretendía participar en otro tamizaje para los funcionarios de la UNA, sin embargo este se cancela debido a las protestas estudiantiles.		-----
26 Noviembre	Recorrido por las Facultades para la recolección de datos.	UNA.	-----
5 Diciembre	Foro con los doctores de la Oficina de Salud de la UNA.	UNA.	Dr. Alejandro Gamboa. Dr. Ruth Víquez.

			Dr. Juan Camacho.
16 Diciembre	Foro con los expertos investigadores académicos.	Sala Multimedia 1 UCAGRO.	Dr. Ana Laura Solano. Dr. Vivian Vílchez. Dr. Benjamín Reyes.

Anexo 3: Encuesta en línea.

*¿Usted padece alguno de los siguientes problemas médicos?

! Marque las opciones que correspondan

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Hipertensión Arterial | <input type="checkbox"/> Enfermedad cerebrovascular |
| <input type="checkbox"/> Diabetes Mellitus | <input type="checkbox"/> Arteriopatía periférica |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes de infarto agudo de miocardio | <input type="checkbox"/> Cardiopatía reumática |
| <input type="checkbox"/> Antecedentes de evento cerebro vascular | <input type="checkbox"/> Cardiopatía congénita |
| <input type="checkbox"/> Dislipidemia | <input type="checkbox"/> Trombosis venosa profunda o embolia pulmonar |
| <input type="checkbox"/> Insuficiencia Renal | <input type="checkbox"/> Otra enfermedad cardiovascular crónica |
| <input type="checkbox"/> Cáncer | <input type="checkbox"/> No padece ninguna de las enfermedades anteriores |
| <input type="checkbox"/> Cardiopatía crónica | |



COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO
Teléfonos: (506) 2511-4201 - Telefax: (506) 2224-9367



FÓRMULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

(Para ser sujeto de investigación, Encuesta)

Características Psicométricas de la Escala de Autoeficacia para Enfermedades Crónicas en personas con enfermedad cardiovascular, funcionarias en el sector universitario de Costa Rica

Código (o número) de proyecto: 421-496-344

Nombre de la Investigadora Principal: Dra. Ana Laura Solano

- A. **PROPÓSITO DEL PROYECTO:** El siguiente proyecto busca identificar las percepciones de las personas con problemas cardíacos, por medio de una encuesta que mide la creencia que tienen las personas sobre su capacidad de afrontar enfermedades del corazón. Este será llevado a cabo por profesionales en Enfermería de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Costa Rica.
- B. **¿QUÉ SE HARÁ?:** A la hora que acceda a participar en el estudio, está dando su autorización para completar en dos ocasiones una misma encuesta, la cual incluye preguntas sobre aspectos sociodemográficos y hábitos relacionados a la salud (e.g., visitas al profesional en medicina, entre otros).
- C. **RIESGOS:** La participación en este estudio puede significar cierto riesgo o molestia para usted, por ejemplo, usted se puede sentir cansado(a) o ansioso(a).
- D. **BENEFICIOS:** El *beneficio indirecto* se obtendrá mediante el conocimiento que este estudio producirá, el cual contribuirá con la investigación y el manejo de las enfermedades cardiovasculares en la población trabajadora en Costa Rica.
- E. Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con alguno(a) de los investigadores sobre este estudio y ellos(as) deben haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas. Si quisiera más información más adelante, puede contactarla llamando a la Dra. Ana Laura Solano a los teléfonos 2511-3178/8570-9833 en el horario de 8 a.m. a 4 p.m. de lunes a viernes. Además, puede consultar sobre los derechos de los Sujetos Participantes en Proyectos de Investigación en la Dirección de Regulación de Salud del Ministerio de Salud, al teléfono 2257-7821 ext 122, de lunes a viernes de 8 a.m. a 4 p.m. Cualquier consulta adicional puede comunicarse a la Vicerrectoría de Investigación de la Universidad de Costa Rica a los teléfonos 2511-4201 o 2511-3839, de lunes a viernes de 8 a.m. a 5 p.m.
- F. Recibirá una copia de esta fórmula firmada para su uso personal.
- G. Su participación en este estudio es voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento, sin que esta decisión afecte la calidad de la atención médica (o de otra índole) que requiere.
- H. Su participación en este estudio es confidencial, los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgados en una reunión científica, pero de una manera anónima.
- I. No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

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 éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en este estudio

● Esta pregunta es de respuesta obligatoria

Sí
 No

Formulario sociodemográfico

*¿Su padre y/o madre padecen de alguna de las enfermedades mencionadas anteriormente?



Sí



No

*¿Toma usted algún medicamento?



Sí



No

*¿Lleva usted el control médico de las enfermedades que padece?



Sí



No

¿Pertenece a algún grupo de apoyo para alguna de sus enfermedades?



Sí



No



Sin respuesta

*¿Cuál es su edad actual?

! Su respuesta debe estar entre 1 y 99

! Sólo un valor entero puede ser introducido en este campo.

*¿Cómo se identifica a sí mismo?

! Seleccione una de las siguientes opciones

Hombre

Mujer

Prefiero no contestar

Otro:

*¿Cuánto tiempo tiene de laborar en la Universidad Nacional (UNA)? (años)

! Sólo se pueden introducir números en este campo.

! Su respuesta debe ser a lo sumo 50

*¿Cuántas horas trabaja por semana para la UNA?

! Su repuesta debe estar entre 1 y 100

! Sólo un valor entero puede ser introducido en este campo.

¿Qué tipo de nombramiento contrato tiene con la UNA?

! Seleccione una de las siguientes opciones

Propiedad/plaza

Interino/temporal

Otro:

Sin respuesta

*¿Cuál es su nivel educativo?

! Seleccione una de las siguientes opciones

- Primaria incompleta
- Primaria completa
- Secundaria incompleta
- Secundaria completa
- Universitaria incompleta
- Universitaria completa
- Técnica
- Otro:

¿Cuál es su estado conyugal?

📌 Seleccione una de las siguientes opciones

Soltero (a)

Casado (a)

Divorciado (a)

Separado (a)

Unión libre

Viudo (a)

Otro:

Sin respuesta

*¿Es usted el principal sostén económico de la vivienda donde vive?

✓
Sí

⊘
No

¿Cuál es su país de origen?

📌 Seleccione una de las siguientes opciones

Costa Rica

Otro:

Sin respuesta

Calidad de Vida Relacionada con Salud

*En general, diría usted que su salud es:

📌 Seleccione una de las siguientes opciones

- Excelente (5)
- Muy buena (4)
- Buena (3)
- Regular (2)
- Mala (1)

*Las siguientes frases se refieren a actividades que usted podría hacer durante un día normal. **¿Su estado de salud actual lo/la limita para hacer esas actividades? Si es así ¿Cuánto?**

Actividades moderadas, tales como mover una mesa, barrer, trapear, bailar, montar bicicleta.

- Sí, me limita mucho (1)
- Sí, me limita un poco (2)
- No, no me limita en absoluto(3)

*Las siguientes frases se refieren a actividades que usted podría hacer durante un día normal. ¿Su estado de salud actual lo/la limita para hacer esas actividades? Si es así ¿Cuánto?

Actividades moderadas, tales como mover una mesa, barrer, trapear, bailar, montar bicicleta.

- Si, me limita mucho (1)
- Si, me limita un poco (2)
- No, no me limita en absoluto(3)

Subir varios pisos por la escala

- Si, me limita mucho (1)
- Si, me limita un poco (2)
- No, no me limita en absoluto(3)

*Durante las **últimas cuatro semanas** ¿ cuánto tiempo ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias **normales a causa de su salud física?**

Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado.

- Siempre (1)
- Casi siempre (2)
- Algunas veces (3)
- Casi nunca (4)
- Nunca (5)

Ha hecho su trabajo u otras actividades con menos cuidado de lo usual

- Siempre (1)
- Casi siempre (2)
- Algunas veces (3)
- Casi nunca (4)
- Nunca (5)

*Durante las **últimas cuatro semanas** ¿cuánto tiempo ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con el trabajo u otras actividades diarias normales **a causa de algún problema emocional** (como sentirse deprimido/a o con ansioso/a)?

Ha logrado hacer menos de lo que le hubiera gustado.

- Siempre (1)
- Casi siempre (2)
- Algunas veces (3)
- Casi nunca (4)
- Nunca (5)

Ha hecho su trabajo u otras actividades con menos cuidado de lo usual.

- Siempre (1)
- Casi siempre (2)
- Algunas veces (3)
- Casi nunca (4)
- Nunca (5)

*Durante las **últimas cuatro semanas**, ¿ cuánto el dolor le ha dificultado su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera de casa como los quehacer doméstico)?

📌 Seleccione una de las siguientes opciones

- Nada (5)
- Un poco (4)
- Más o menos (3)
- Mucho (2)
- Demasiado (1)

*Estas preguntas se refieren a cómo se ha sentido usted **durante las últimas cuatro semana**. Por cada pregunta, por favor dé la respuesta que más se acerca a la manera como se ha sentido usted. ¿Cuánto tiempo **durante las últimas cuatro semanas...**

Se ha sentido tranquilo/a y sosegado/a?

- Siempre (5)
- Casi todo el tiempo (4)
- Un poco (3)
- Muy poco tiempo (2)
- Nunca (1)

Ha tenido mucha energía?

- Siempre (5)
- Casi todo el tiempo (4)
- Un poco (3)
- Muy poco tiempo (2)
- Nunca (1)

*Estas preguntas se refieren a cómo se ha sentido usted **durante las últimas cuatro semana**. Por cada pregunta, por favor dé la respuesta que más se acerca a la manera como se ha sentido usted. ¿Cuánto tiempo **durante las últimas cuatro semanas**...

Se ha sentido desanimado/a y deprimido/a?

- Siempre (1)
- Casi todo el tiempo (2)
- Un poco (3)
- Muy poco tiempo (4)
- Nunca (5)

*Durante las **últimas cuatro semanas** ¿cuánto tiempo su **salud física o sus problemas emocionales** han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)?

📌 Seleccione una de las siguientes opciones

- Siempre (1)
- Casi siempre (2)
- Algunas veces (3)
- Casi nunca (4)
- Nunca (5)

Escala de Autoeficacia

*En una escala del 1 al 10 donde **1 es muy inseguro(a)** y **10 es muy seguro(a)**

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

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

*En una escala del 1 al 10 donde **1 es muy inseguro(a)** y **10 es muy seguro(a)**

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

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

*En una escala del 1 al 10 donde **1 es muy inseguro(a)** y **10 es muy seguro(a)**

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

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

*En una escala del 1 al 10 donde **1 es muy inseguro(a)** y **10 es muy seguro(a)**

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

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

* En una escala del 1 al 10 donde **1 es muy inseguro(a)** y **10 es muy seguro(a)**

¿Qué tan seguro(a) se siente usted de poder realizar diferentes actividades o tareas necesarias para manejar su condición de salud a fin de reducir su necesidad de acudir al centro de salud?

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

* En una escala del 1 al 10 donde **1 es muy inseguro(a)** y **10 es muy seguro(a)**

¿Qué tan seguro(a) se siente usted de que pueda hacer cosas (distintas a solo tomar medicamentos) para reducir el efecto de su enfermedad en su vida diaria?

1

2

3

4

5

6

7

8

9

10

*Las siguientes preguntas se enfocan en su apreciación de agencia de autocuidado. Califíquelas del 1 al 4, siendo 1 nunca y 4 siempre.

A medida que cambian las circunstancias yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud

- 1 (Nunca)
- 2 (Casi nunca)
- 3 (Casi siempre)
- 4 (Siempre)

Reviso si las actividades que practico habitualmente para mantenerme con salud son buenas

- 1 (Nunca)
- 2 (Casi nunca)
- 3 (Casi siempre)
- 4 (Siempre)

Si tengo problemas para moverme o desplazarme me las arreglo para conseguir ayuda

- 1 (Nunca)
- 2 (Casi nunca)
- 3 (Casi siempre)
- 4 (Siempre)

Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo

- 1 (Nunca)
- 2 (Casi nunca)
- 3 (Casi siempre)
- 4 (Siempre)

Hago en primer lugar lo que sea necesario para mantenerme con salud

- 1 (Nunca)
- 2 (Casi nunca)
- 3 (Casi siempre)
- 4 (Siempre)

Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo

- 1 (Nunca)
- 2 (Casi nunca)
- 3 (Casi siempre)
- 4 (Siempre)

Yo puedo buscar mejores acciones para cuidar mi salud que las que tengo ahora

- 1 (Nunca)
- 2 (Casi nunca)
- 3 (Casi siempre)
- 4 (Siempre)

Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio

- 1 (Nunca)
- 2 (Casi nunca)
- 3 (Casi siempre)
- 4 (Siempre)

Para mantener el peso que me corresponde hago cambios en mis hábitos alimenticios

- 1 (Nunca)
- 2 (Casi nunca)
- 3 (Casi siempre)
- 4 (Siempre)

Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser

- 1 (Nunca)
- 2 (Casi nunca)
- 3 (Casi siempre)
- 4 (Siempre)

Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día pero no llego hacerlo

- 1 (Nunca)
- 2 (Casi nunca)
- 3 (Casi siempre)
- 4 (Siempre)

Quando necesito ayuda puedo recurrir a mis amigos de siempre

- 1 (Nunca)
- 2 (Casi nunca)
- 3 (Casi siempre)
- 4 (Siempre)

Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado

- 1 (Nunca)
- 2 (Casi nunca)
- 3 (Casi siempre)
- 4 (Siempre)

Cuando obtengo información sobre mi salud pido explicaciones sobre lo que no entiendo

- 1 (Nunca)
- 2 (Casi nunca)
- 3 (Casi siempre)
- 4 (Siempre)

Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio

- 1 (Nunca)
- 2 (Casi nunca)
- 3 (Casi siempre)
- 4 (Siempre)

He sido capaz de cambiar hábitos que tenía muy arraigados con tal de mejorar mi salud

- 1 (Nunca)
- 2 (Casi nunca)
- 3 (Casi siempre)
- 4 (Siempre)

Cuando tengo que tomar una nueva medicina cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios

- 1 (Nunca)
- 2 (Casi nunca)
- 3 (Casi siempre)
- 4 (Siempre)

Soy capaz de tomar medidas para garantizar que mi familia y yo no corramos peligro

- 1 (Nunca)
- 2 (Casi nunca)
- 3 (Casi siempre)
- 4 (Siempre)

Soy capaz de evaluar qué tanto me sirve lo que hago para mantenerme con salud

- 1 (Nunca)
- 2 (Casi nunca)
- 3 (Casi siempre)
- 4 (Siempre)

Debido a mis ocupaciones diarias me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme

- 1 (Nunca)
- 2 (Casi nunca)
- 3 (Casi siempre)
- 4 (Siempre)

Si mi salud se ve afectada yo puedo conseguir la información necesaria sobre qué hacer

- 1 (Nunca)
- 2 (Casi nunca)
- 3 (Casi siempre)
- 4 (Siempre)

Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda

- 1 (Nunca)
- 2 (Casi nunca)
- 3 (Casi siempre)
- 4 (Siempre)

Puedo sacar tiempo para mí

- 1 (Nunca)
- 2 (Casi nunca)
- 3 (Casi siempre)
- 4 (Siempre)

A pesar de mis limitaciones para movilizarme soy capaz de cuidarme como a mí me gusta

- 1 (Nunca)
- 2 (Casi nunca)
- 3 (Casi siempre)
- 4 (Siempre)

Anexo 4: Matriz y material adicional del taller de autoeficacia.

Universidad de Costa Rica

Escuela de Enfermería

Matriz educativa para las sesiones en grupo

Nombre de las (os) estudiantes: Jennifer Morales Solís, Eriam Navarrete Cano, Cristian Núñez Castillo, Valeria Ramírez Madrigal, Xinia Ariana Segura, Juliana Zúñiga Lobo.

Nombre del taller: Aprendiendo sobre Autoeficacia.

Tema: Autoeficacia

Objetivo general: Analizar el concepto de autoeficacia y su relación con el manejo de las enfermedades cardiovasculares crónicas

Fecha: 1 de octubre, 2019

Hora: De 9:00 am a 12 md

Lugar: Universidad Nacional de Costa Rica

Actividad	Objetivo	Metodología	Materiales	Tiempo	Encargado
<i>Rompehielo:</i> <i>“Mi persona de confianza”</i>	Establecer un ambiente de confianza entre los (as) facilitadores y los (as) participantes.	-En un círculo, cada persona dirá su nombre y posteriormente se le pedirá que mencione a la persona en quien más confía y responderá por qué confía tanto en ella. - Esta primera actividad posteriormente se comentará en el cierre, esperando que los participantes comprendan de una mejor manera el concepto de autoeficacia, y de que al final esa confianza debería de sentirse con nosotros (as) mismos (as) y nuestras propias	-Recurso humano.	10 minutos	Jennifer Morales.

		capacidades.			
<i>Tangrama: valorando la autoeficacia</i>	Evaluar las 4 fuentes de influencia de la autoeficacia.	-Se les entregará un Tangrama a cada uno de los participantes, se espera que aquellas personas que lo han realizado antes tengan mayor posibilidad de completarlo y los que nunca lo han hecho les sea de mayor dificultad (experiencia directa), simultáneamente si algunos lo logra se espera que ayude a otros o bien las personas observen lo que hizo para terminarlo (experiencias indirectas), todo esto con período de tiempo	-Recurso humano -Tangramas	15 min	Cristian Núñez Castillo

		<p>de 5 minutos y mencionando que habrá un castigo para quien no logre finalizarlo, para generar un ambiente de ansiedad y estrés (reacción emocional). Posterior a los 5 minutos se les mostrará cómo se debía realizar la figura. Seguidamente se les entregará otra figura pero más sencilla a la primera, esta vez no se les dirá que tienen un tiempo límite (aunque será de 7 minutos), mientras realizan la figura los diferentes miembros del equipo de trabajo verbalizarán comentarios de ánimo</p>			
--	--	---	--	--	--

		<p>y apoyo (persuasión verbal) y (reacción emocional pero positiva), finalmente se les mostrará cómo se realizaba la figura y se les consultará ¿cómo se sintieron? ¿Diferencias entre realizar la primera y la segunda? ¿Comentarios positivos y mensajes de ánimo vrs silencio?</p>			
<p><i>“Describiendo mis hábitos diarios”</i></p>	<p>Motivar a los participantes a realizar un análisis sobre el estilo de vida que llevan hasta el momento.</p>	<p>En una hoja en blanco, los participantes van a enlistar una serie de hábitos relacionados con alimentación, actividad física, adherencia al tratamiento, descanso, recreación, manejo del</p>	<p>-Talento humano -Hojas de color, lapiceros, marcadores.</p>	<p>15 min</p>	<p>Valeria Ramírez.</p>

		<p>estrés, bienestar emocional.</p> <p>Preguntas:</p> <p>¿Cuántas comidas realizo al día?</p> <p>¿Mi alimentación es balanceada?</p> <p>¿Cuántas horas a la semana realizo actividad física?</p> <p>¿Considera que es suficiente?</p> <p>¿Cumplo con mi tratamiento adecuadamente?</p> <p>¿Sufro constantemente de estrés?, si es así, realizo actividades para disminuirlo?</p> <p>¿Sufro constantemente de dolor?, si es así,</p>			
--	--	---	--	--	--

		<p>realizo alguna acción para disminuirlo?</p> <p>¿Dedico el tiempo suficiente para recrearme y tener una adecuada salud mental?</p>			
<p><i>Exposición:</i> <i>“Autoeficacia”</i></p>	<p>Explicar el concepto y características de autoeficacia a los (as) participantes.</p>	<p>-Se iniciará preguntando a los (as) participantes: ¿Para ustedes que significa autoeficacia?</p> <p>-Seguidamente se expondrá:</p> <p>-El concepto y características de la autoeficacia según algunos autores.</p> <p>-Las principales 4 fuentes en las que se</p>	<p>-Recurso humano.</p> <p>-Presentación en Power Point.</p>	<p>20 min</p>	<p>Ariana Segura Naranjo.</p>

		<p>desarrolla la autoeficacia.</p> <p>-Algunos procesos humanos que afecta la eficacia.</p>			
<i>Video de Autoeficacia</i>	Fortalecer en los (as) participantes los conocimientos e importancia de la autoeficacia para el logro de objetivos.	<p>-Se proyectará un video de 3: 23 min sobre la película Kung Fu Panda.</p> <p>-Se le preguntará a los (as) participantes: ¿Que pensaron mientras veían el video?, ¿Cómo relacionan la educación brindada sobre autoeficacia con cada escena del video?, ¿Como lo podrían relacionar y traer a su vida?</p> <p>-Resaltar la</p>	<p>-Talento humano.</p> <p>-Video de autoeficacia (película Kung Fu Panda)</p> <p>https://www.youtube.com/watch?v=SvLivOVGEto</p>	10 min	Eriam Navarrete.

		importancia del reconocimiento de las capacidades personales para el logro de objetivos.			
<i>Conversatorio: Autoeficacia y Salud</i>	Reflexionar sobre la relación de la autoeficacia con el manejo óptimo de la salud.	Se realizará un ejercicio de autoconocimiento en el que se brindará una hoja en blanco en el que las personas deben contestar las siguientes interrogantes: ¿Cuáles son mis cualidades? ¿Cómo se relacionan la pregunta anterior con mi comportamiento ante el manejo de mi salud? ¿Considero que soy autoeficaz con	Hojas blancas Lapiceros Recurso humano	20 min	Juliana Zuñiga.

		<p>respecto al manejo de mi salud?</p> <p>¿Hay aspectos que debo mejorar para beneficio de mi salud?</p> <p>¿En qué personas puedo confiar?</p> <p>Posteriormente se brindará un espacio para que las personas que deseen compartan sus respuestas y sus experiencias.</p>			
<p><i>“Construyendo mi autoeficacia”</i></p>	<p>Implementar estrategias que ayuden a fortalecer la autoeficacia de las y los participantes del taller.</p>	<p>En la misma hoja que se utilizó anteriormente para describir los hábitos diarios, ahora se escribirán los hábitos ideales, los cuales se comprometen a implementar y para</p>	<p>-Talento humano</p> <p>-Hojas de color, lapiceros, marcadores.</p>	<p>20 min.</p>	<p>Jennifer Morales Solís, Eriam Navarrete Cano, Cristian Núñez Castillo, Valeria</p>

		ello además se realizará un horario de forma creativa para que lo puedan colocar en un lugar visible y así recordar sus compromisos.			Ramírez Madrigal, Xinia Ariana Segura, Juliana Zúñiga Lobo.
--	--	--	--	--	---

Agenda

Agenda 1 de octubre, 2019

Horario	Actividades	Materiales	Responsable
9:00am - 9:05am	<i>Presentación del equipo y motivo de visita</i>	-Talento humano.	Jennifer Morales Solís, Eriam Navarrete Cano, Cristian Núñez Castillo, Valeria Ramírez Madrigal, Xinia Ariana Segura, Juliana Zúñiga

			Lobo.
9:05am - 9:15am	<i>Actividad Rompehielo: “Mi persona de confianza”</i>	-Talento humano.	Jennifer Morales.
9:15am - 9:45am	<i>Realización de encuesta por parte de los y las participantes.</i>	-Talento humano. -Dispositivos electrónicos.	Jennifer Morales Solís, Eriam Navarrete Cano, Cristian Núñez Castillo, Valeria Ramírez Madrigal, Xinia Ariana Segura, Juliana Zúñiga Lobo.
9:45am - 10:10am	<i>Merienda</i>		
10:10am - 10:30am	<i>Tangrama</i>	-Talento humano -Tangrama	Cristian Núñez
10:30am - 10:40am	<i>“Describiendo mis hábitos diarios”</i>	-Talento humano -Hojas de color, lapiceros, marcadores.	Valeria Ramírez.
10:40am - 11:00am	<i>Exposición: “Autoeficacia”</i>	-Recurso humano.	Ariana Segura.

		-Presentación en Power Point.	
11:00am - 11:10am	<i>Mostrar video de autoeficacia</i>	-Recurso audiovisual	Eriam Navarrete.
11:10am - 11:30am	<i>Conversatorio: Autoeficacia y Salud</i>	-Talento humano.	Juliana Zúñiga Lobo.
11:30am-11:50am	<i>“Construyendo mi autoeficacia”</i>	-Talento humano -Hojas de color, lapiceros, marcadores.	Jennifer Morales Solís, Eriam Navarrete Cano, Cristian Núñez Castillo, Valeria Ramírez Madrigal, Xinia Ariana Segura, Juliana Zúñiga Lobo.
11:50am - 12:00md	<i>Cierre y agradecimientos</i>	-Talento humano.	Jennifer Morales Solís, Eriam Navarrete Cano, Cristian Núñez Castillo, Valeria Ramírez Madrigal, Xinia Ariana Segura, Juliana Zúñiga Lobo.

Roles	
Moderador	Cristian Nuñez
Relator	Juliana Zúñiga Lobo
Co- relatores	Ariana Segura Naranjo Jennifer Morales Solís Valeria Ramírez Madrigal
Secretaria	Eriam Navarrete Cano
Control del tiempo	Valeria Ramirez Madrigal
Auditorio	Población participante y trabajadores de la Oficina de Salud de la UNA

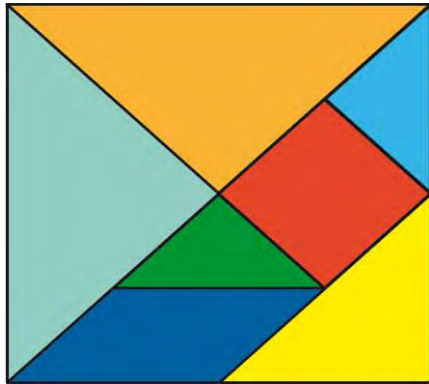


Figura 1. Targram original



Figura 2. Reto 1

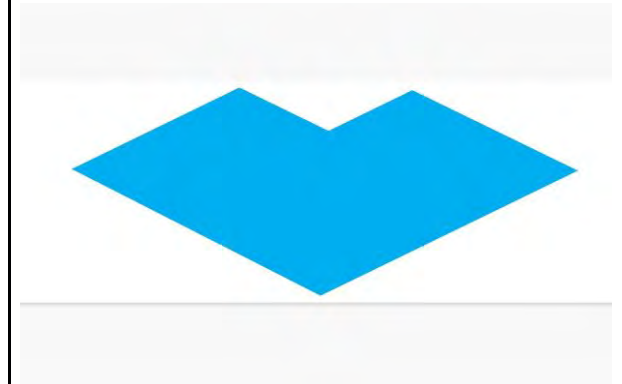


Figura 3. Imagen de referencia reto 1



Figura 4. Reto 2

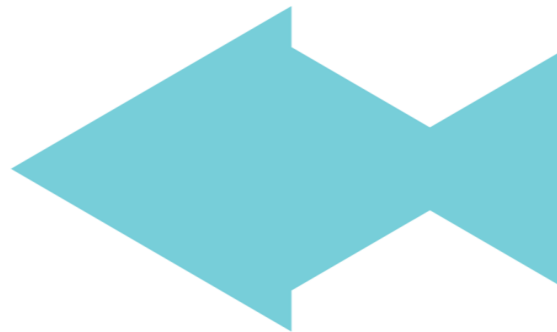


Figura 5. Imagen de referencia reto 2

Comentarios de los y las participantes:**Taller:****Actividad Tangrama: valorando la autoeficacia.****1. Tangram de corazón:**

Los comentarios de los y las participantes fueron los siguientes:

Durante la actividad:

“A no, está complicado este asunto”

“Tengo mala motora fina”

“No pase el kínder”

“Una pieza más aquí y si lo logro”

“Me hacen falta piezas, es más ni siquiera lo logró”

“Hay piezas que no sirven”

“Esto genera grandes dosis de estrés”

“Con una tijera si lo logramos”

“Mala motora fina”

“Esto esta malo”

“Ya me voy a rendir”

“Póngame todos los que quiera, no voy a lograr ninguno”

“Se nos va a subir la presión”

“Logre hacer algo, pero no un corazón”

Después de la actividad:

Se les hicieron varias preguntas a las cuales contestaron de las siguientes maneras:

-¿Cómo se les fue?

“Nos fue mal, pésimo”

“Frustración total”

“Habría que ver primero si se puede hacer”

“Es muy probable que se pueda hacer puesto que el juego existe, lo que pasa es que nosotros ya estamos grandes, esto es para chiquititos”

“En el kinder si lo hubiéramos logrado”

-¿Cómo se sintieron?

“Presionados”

“Como en un examen”

“Yo siento que las personas que no fuimos al kinder, hay algo que si nos falta”

“No, porque yo fui al kinder y no me ayudo”

-Al mostrarles la forma en la que se debía realizar la figura dijeron:

“Ayyy qué fácil era”

“Que fácil”

“Facilísimo”

“Jamás hubiera llegado a eso yo”

2. Tangram de pez:

Los comentarios de los y las participantes fueron los siguientes:

Durante la actividad:

En este segundo intento existía más silencio, estaban más concentrados, disminuyeron los comentarios negativos y de duda.

“Ayyy no”

“Esta pieza siempre sobra”

Una de las participantes logró realizar la figura, ante lo cual todos los compañeros le aplaudieron.

Después de la actividad:

Se les hicieron varias preguntas a las cuales contestaron de las siguientes maneras:

-¿Cómo se sintieron?

“Bueno, mejor, más tranquilas y relajadas”

“Impotencia”

“Frustración, porque no lo logre”

-¿Cómo se sintieron cuando se les ayudó?

“Nos soplaron”

“Eso fue bueno”

“Nos sentimos mejor”

“Yo le ayudo a ella”

“Sentimos más apoyo”

Actividad: Exposición “Autoeficacia”

¿Qué creen que es autoeficacia?

Uno mismo se ayude para que lo que uno tiene que hacer por su salud o por su trabajo salga adelante y sea eficaz”

“Lo que uno haga, cuando lo haga, quede satisfecho de lo que uno hace y que se amolde a lo que uno quiere”

Actividad: Conversatorio: Autoeficacia y Salud:

“Si tengo control para el hipotiroidismo, pero a veces me siento muy cansada, hay veces que la pastilla no me funciona, no puedo hacer nada, que puedo hacer, por más que tenga ganas, entonces no hago ejercicio”

“Igual yo, yo soy hipertenso y tengo hemofilia y si se me sube la presión me duelen las articulaciones y se supone que yo no debo tener estrés, pero en la escuela en la que nosotros trabajamos, es un pico altísimo de estrés siempre, es decir ¿qué puede hacer uno al respecto?”

“Yo tengo un compañero que uno le explica que esto está mal y le vuelve a preguntar y al rato otra vez y son 10 veces y yo digo ay Dios mío dame paciencia, no está en mí que hago yo, lo que pasa es que recargan en mi porque los que no le tienen paciencia lo dejan y yo no puedo y le vuelvo a explicar y le vuelvo a explicar, a veces yo tengo mucho trabajo que hacer, más el de él, eso me genera estrés y presión y los jefes también me recargar a mi hacer que el haga las cosas, cuando eso es trabajo de ellos”

“Yo tengo dos hernias en la C1 y en la L5, eso ocasiona que me presione, para el ejercicio yo camino, si hay mucha cuesta ay voy como un tortuga, yo lo hago pero voy de poquitos, yo ya aprendí a cuidarme en esas partes porque esas cosas lo afectan a uno y no hay otra que aprender a sobrellevarlas, pero todas esas cosas lo afectan a uno”

“Uno de cierto modo sabe que tiene cualidades o deficiencias pero a veces lo que cuesta es pasar, escalar eso, por ejemplo yo soy muy insegura e indecisa, entonces como hago eso, el estrés si trato de hacer algo ahí, ir hacer ejercicio, si tuve una conversación con la directora una vez que me dejo de hablar un poco por

diferencias pero me siento a conversar con ella explicando asertivamente, nos llevamos bien en este momento, el estrés yo creo si uno sabe cómo irlo mejorando poco a poco”

Actividad: Video de Autoeficacia

Se reprodujo el video y luego de este se consultó ¿Que piensan de este video y de la autoeficacia? ¿Identificaron algo?

Una participante respondió que “el protagonista del video No tenía confianza en él, y nadie confiaba en él y con el entrenamiento lo logra, y cuando él ve el camino se ve a él mismo y eso nos dice que somos nosotros los que somos capaces de lograr lo que queramos, la confianza en uno mismo es lo que hace que logremos lo que logramos”.

Otro participante compartió una anécdota, él tiene una condición en su rodilla, un amigo tiene el mismo padecimiento y puede hacer muchas cosas y él le pregunta que “cómo hace para correr y saltar a lo que su amigo le respondió: “no sé, solo lo hago”.

Otra participante comenta sobre el video enfocándose “al cambio en él a lo interno que hizo que se reflejara hacia afuera”.

La compañera que lideraba la actividad pregunta sobre ¿cómo se podría aplicar lo que se observó en el video a sus vidas? A lo que los y las participantes respondieron lo siguiente:

- Creer en uno mismo
- Ser positivo
- La oración
- Aprender y poner de nuestra parte para aprender.

Aterrizándolo a los problemas cardiovasculares, se realizó una pregunta: ¿quién se cree capaz de mejorar su adherencia al tratamiento y la alimentación?

La mayoría respondió, “si se ve posible”.

Una participante agregó: “Yo no quiero ser así, yo quiero estar bien, porque estar bien implica sentirme bien y poder hacer muchas cosas, hay mucha gente con las mismas condiciones pero lo que dicen es que de algo se tienen que morir.”

Por lo que una compañera de TFG respondió: “Decidimos la forma en que vamos a morir, quedan muchos años y lo mejor sería vivirlos bien.”

Se motivó a los participantes a realizar una actividad, “Planificando mi semana”, con esos hábitos saludables, se instó a hacer un plan, justificando que si lo escribimos estamos más cerca de concretarlo que si solo lo decimos o lo pensamos. Ver los días y los meses y planear realizar las actividades colocándoles una fecha y hasta una hora nos acerca más a cumplir esos objetivos.

Fotos del taller





Anexo 5: Colocación de afiches y Stand de la Salud.









Anexo 6: SEMCD (Self-Efficacy to Manage Chronic Disease Scale) y la escala de 4 ítems o SEMCD-S (Spanish-language version of SEMCD).

SEMCD (English). For each of the following questions, please circle the number that corresponds with your confidence that you can do the tasks regularly at the present time [on a 1-10 scale from (1) not at all confident to (10) totally confident]. How confident are you that you can.

1. Keep the fatigue caused by your disease from interfering with the things you want to do?
2. Keep the physical discomfort or pain of your disease from interfering with the things you want to do?
3. Keep the emotional distress caused by your disease from interfering with the things you want to do?
4. Keep any other symptoms or health problems you have from interfering with the things you want to do?
5. Do the different tasks and activities needed to manage your health condition so as to reduce your need to see a doctor?
6. Do things other than just taking medication to reduce how your illness affects your everyday life?

SEMCD-S (Spanish). En las siguientes preguntas nos gustaría saber qué piensa Ud. de sus habilidades para controlar su enfermedad. Por favor marque el número

que mejor corresponda a su nivel de seguridad de que puede realizar en este momento las siguientes tareas.

[from (1) Muy Inseguro(a) to (10) Muy seguro(a)]

1. ¿Qué tan seguro(a) se siente Ud. de poder evitar que la fatiga o cansancio debido a su enfermedad interfiera con las cosas que quiere hacer?
2. ¿Qué tan seguro(a) se siente Ud. de poder evitar que las dolencias debido a su enfermedad interfieran con las cosas que quiere hacer?
3. ¿Qué tan seguro(a) se siente Ud. de poder evitar que el estado emocional debido a su enfermedad interfiera con las cosas que quiere hacer?
4. ¿Qué tan seguro(a) se siente Ud. de poder evitar que algunos otros síntomas o problemas de salud que tienen interfieran con las cosas que quiere hacer?

Anexo 7:



VI Vicerrectoría de
Investigación

23 de junio de 2016
VI-4720-2016

Dr. Derby Muñoz Rojas
Investigador
Escuela de Enfermería

Estimado señor:

El Comité Ético Científico (CEC) en su sesión No. 10, celebrada el 22 de junio del presente año, sometió a consideración el Proyecto de Investigación "*Características Psicométricas de la Escala de Autoeficacia para el Manejo de Enfermedades Crónicas en personas con enfermedad cardiovascular, funcionarias en el sector universitario de Costa Rica*".

Después del análisis respectivo, el Comité indica que el proyecto está claro y bien elaborado.

Por lo anteriormente expuesto, el Comité acuerda:

Se aprueba la ejecución del Proyecto de Investigación "Características Psicométricas de la Escala de Autoeficacia para el Manejo de Enfermedades Crónicas en personas con enfermedad cardiovascular, funcionarias en el sector universitario de Costa Rica", del investigador Derby Muñoz Rojas. ACUERDO FIRME.

Sin más por el momento, se suscribe cordialmente,

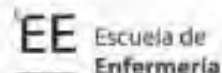

Alfonso Chacón Motta, M.Sc.
Presidente CEC UCR.



CCPZ

CC: M.Sc. Luján Marín, Dirección, Escuela de Enfermería
MPA. Dario Hernández, Gestor de Proyectos VI
Archivar/conservar

Anexo 8:



03 de diciembre 2018
EE-2477-2018

Jennifer Morales
Eriam Navarrete
Cristian Núñez
Valeria Ramírez
Ariana Segura
Juliana Zúñiga
Estudiantes de Licenciatura en Enfermería

Estimados(as) estudiantes:

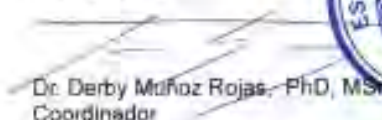
Por este medio se les informa que en sesión 249-2018 de la Comisión de Trabajos Finales de Graduación, se revisó su anteproyecto: "Autoeficacia en la población trabajadora de la Universidad Nacional de Costa Rica, 2019"

OBSERVACIONES:

Introducción: agregar cuando se realizará la investigación?. Antecedentes nacionales: se recomienda revisar más antecedentes a nivel nacional. Agregar el área y la línea de investigación. Revisar redacción de la página 19, dos últimos párrafos. Observación: el seminario responde a un objetivo del proyecto de investigación 421B6344. Se recomienda solicitar los documentos de aprobación del proyecto de investigación primario.

ACUERDO FIRME: SE APRUEBA

Atentamente,


Dr. Derby Muñoz Rojas, PhD, MSN
Coordinador
Comisión de Trabajos Finales de Graduación



Zúñiga

