

ORIGINAL

Adaptación y validación de las escalas de autoeficacia y expectativa de resultados para la práctica de ejercicios de suelo pélvico en mujeres con cáncer ginecológico



P. Araya-Castro^{a,b}, M.J. Calero García^{b,c}, C. Sacomori^{d,*}, P. Diaz-Guerrero^e, A.C. Martínez-Varas^f, M. Cuevas-Said^g y P. Gayán^h

^a Facultad de Medicina, Clínica Alemana, Universidad del Desarrollo, Santiago, Chile

^b Universidad Internacional Iberoamericana, México

^c Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Jaén, España

^d Escuela de Kinesiología, Universidad Bernardo O'Higgins, Santiago, Chile

^e Unidad de Rehabilitación, Instituto Nacional del Cáncer, Santiago, Chile

^f Facultad de Salud, Universidad San Sebastián, Santiago, Chile

^g Servicio de Radioterapia, Instituto Nacional del Cáncer, Santiago, Chile

^h Servicio de Ginecología, Instituto Nacional del Cáncer, Santiago, Chile

Recibido el 3 de enero de 2020; aceptado el 20 de mayo de 2020

Disponible en Internet el 23 de junio de 2020

PALABRAS CLAVE

Ejercicio;
Suelo pélvico;
Oncología;
Autoeficacia;
Estudios de validación

Resumen

Antecedentes: La autoeficacia y expectativa de resultados son constructos teóricos que explican muchos cambios de conductas en salud, como la práctica de ejercicios de suelo pélvico (ESP) y son predictores de adherencia. Las mujeres en tratamiento por cáncer ginecológico presentan distintos grados de disfunción de suelo pélvico que pueden prevenirse con la práctica de ejercicios. El éxito de este tipo de intervenciones depende de la adherencia a ellos. Hay escasez de instrumentos de autoeficacia en idioma español desarrollados en el contexto de intervenciones preventivas.

Objetivo: Adaptar y validar en Chile la Escala de autoeficacia y expectativa de resultados para la práctica de ejercicios de suelo pélvico (EAPEAP) desarrollada en Brasil.

Pacientes y método: Estudio observacional, longitudinal prospectivo y de validación, incluyó traducción-traducción inversa y revisión por pares expertos. Se evaluaron las propiedades psicométricas del instrumento - consistencia interna y capacidad predictiva, aplicado a 53 mujeres chilenas derivadas a tratamiento de radioterapia por cáncer ginecológico. Para los análisis se consideró un $p < 0,05$.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: csacomori@yahoo.com.br (C. Sacomori).

Resultados: La escala presenta buena consistencia interna, siendo el alfa de Cronbach de 0,932 para la Escala de Autoeficacia para ESP y alfa de 0,748, para la Escala de Expectativa de Resultados. Respecto de la validez predictiva, la escala de autoeficacia fue capaz de discriminar entre adherentes y no adherentes a tratamiento ($p = 0,034$), no así la escala de expectativa de resultados.

Conclusión: La escala de autoeficacia y expectativa de resultados para la práctica de ejercicios de suelo pélvico es lingüísticamente apropiada y psicométricamente válida para ser aplicada en Chile.

© 2020 Asociación Española de Fisioterapeutas. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Exercise;
Pelvic Floor;
Oncology;
Self-Efficacy;
Validation Studies

Adaptation and validation in Spanish of self-efficacy and outcomes expectation scales for practice of pelvic floor exercises scale in women with gynecological cancer

Abstract

Background: Self-efficacy and outcomes expectation are theoretical constructs that explain many changes in health behaviors, such as the practice of pelvic floor exercises (PFE), and they are predictors of adherence. Women undergoing treatment for gynaecological cancer have different degrees of pelvic floor dysfunction that can be prevented with PFE. The success of these kinds of procedures are dependent on adherence to them. There is a lack of self-efficacy instruments in Spanish related to preventive approaches.

Objective: to adapt and validate the Scale of Self-efficacy and Outcomes Expectation for the Practice of Pelvic Floor Exercises (EAPEAP) developed in Brazil.

Patients and method: Observational, prospective longitudinal and validation study that included translation- back translation and expert peer review. The psychometric properties of the instrument (internal consistency and predictive capacity) were evaluated, applied to 53 Chilean women referred for radiotherapy treatment for gynaecological cancer.

Results: The scale shows good internal consistency, with a Cronbach's alpha of 0.932 for the self-efficacy scale for PFE; and alpha of 0.748 for the outcomes expectation scale for PFE. Regarding predictive validity, the self-efficacy scale was able to discriminate between adherence and non-adherence to treatment ($p = 0.034$), but not the outcomes expectation scale. For all the analyses, a $p < 0.05$ was considered.

Conclusion: the scale of self-efficacy and outcomes expectation for the practice of PFE is linguistically appropriate and psychometrically valid to be applied in Chile.

© 2020 Asociación Española de Fisioterapeutas. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Puntos clave

- La autoeficacia ha demostrado ser predictor de adherencia a ejercicios de suelo pélvico.
- Los fisioterapeutas deben promover la autoeficacia y la práctica domiciliar de ejercicios del suelo pélvico.
- La escala de autoeficacia y expectativa de resultados para la práctica de ejercicios del suelo pélvico es lingüísticamente apropiada y psicométricamente robusta en español.

Introducción

De acuerdo con el último informe de Globocan (2018), el cáncer ginecológico representa el 16,8% del total de nuevos cánceres, con una prevalencia a cinco años de 3,7 millones de mujeres, siendo el cáncer cervicouterino el de mayor frecuencia y cada vez con mejores cifras de supervivencia¹. Entre los tratamientos para el cáncer ginecológico se encuentran: radioterapia, quimioterapia, braquiterapia y cirugía. Sin embargo, hoy se señala que la valoración del éxito en el tratamiento de un paciente oncológico, no se trata solo de la supervivencia ante la enfermedad, sino también en el mantenimiento y mejora de la calidad de vida, siendo este un punto clínicamente

significativo². La rehabilitación es clave para mejorar la calidad de vida y disminuir los efectos colaterales no deseados de los tratamientos^{2,3}. Para el caso del cáncer ginecológico, las mujeres en tratamiento pueden presentar disfunción del suelo pélvico, manifestada con incontinencia de orina, estenosis vaginal, incontinencia fecal o disfunción sexual⁴⁻⁶.

El entrenamiento de la musculatura de suelo pélvico ha demostrado mejorar el control de la orina en población femenina, con o sin enfermedad oncológica⁷, además de prevenir y mejorar la disfunción del suelo pélvico responsable de complicaciones frecuentes en las pacientes con cáncer ginecológico⁶.

Varios estudios han demostrado la necesidad de realizar intervenciones que contribuyan a empoderar a la población en la autogestión de su salud, en especial en el ámbito de la rehabilitación, incluso con actividades en su domicilio cuando, por razones de tiempo, distancia o económicas, no es posible su asistencia frecuente al centro asistencial^{8,9}.

Según Bandura, la autoeficacia es la base para que el ser humano sea activo en el proceso de cuidado de su propia salud¹⁰. La teoría de la autoeficacia propuesta por Bandura (1977) distingue entre los conceptos autoeficacia y expectativa de resultado. La autoeficacia es la percepción de un individuo respecto de sus capacidades, para la ejecución de acciones o conductas^{10,11}. A su vez, las expectativas de resultados determinan la conducta humana solo cuando el sujeto se juzga capaz de ejecutar tal conducta, haciendo alusión a lo que se espera como resultado de la acción¹¹. La teoría sociocognitiva de Bandura ha logrado explicar el fenómeno de la adherencia en el manejo de enfermedades crónicas, el ejercicio, conductas preventivas y el manejo del dolor, entre otros^{10,12-14}. Por lo tanto, se requiere conocer la autoeficacia y promover la motivación para mejorar la adherencia a los tratamientos y obtener los beneficios esperados^{3,12,15}.

Los ejercicios de suelo pélvico (ESP) son la herramienta de primera línea en la prevención y tratamiento de disfunciones de suelo pélvico¹⁶, siendo necesaria la adherencia a la práctica continua de ejercicios, en el domicilio, para la mantención de los resultados. Se sugiere que, a mayor autoeficacia, hay más adherencia a los tratamientos fisioterápicos para el manejo de la incontinencia de orina¹⁷. Ahí radica la necesidad de contar con instrumentos que nos ayuden a conocer la autoeficacia, con relación a la práctica de ejercicios de suelo pélvico.

Existen distintos instrumentos para evaluar autoeficacia para práctica de ejercicios de suelo pélvico¹⁸⁻²⁰, sin embargo, la mayor parte ha sido aplicada en el contexto de un tratamiento a mujeres incontinentes de orina y solo uno de ellos se encuentra validado en español²¹. La Escala de Autoeficacia y Expectativa de Resultados para Práctica de Ejercicios de Suelo Pélvico (EAPEAP), elaborada y validada en Brasil por Sacomori et al.²², difiere de las otras del área por haber sido probada en una muestra heterogénea de mujeres con y sin síntomas de disfunciones de suelo pélvico. Sus ítems se aplican a mujeres asintomáticas siendo, por lo tanto, posible de aplicar en intervenciones preventivas²². Esta escala estaba disponible solamente en portugués, con traducción simple al inglés.

El objetivo de este estudio fue adaptar y validar la «Escala de Autoeficacia y Expectativa de Resultados para la

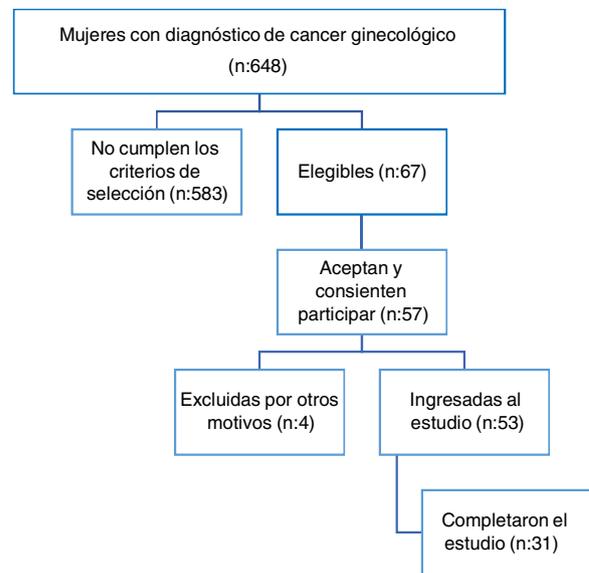


Figura 1 Diagrama de reclutamiento de pacientes.

práctica de Ejercicios de Suelo Pélvico» (EAPEAP), al español en población chilena.

Pacientes y método

Para la consecución de los objetivos propuestos se ha realizado un estudio observacional, longitudinal prospectivo y de validación. Se reclutaron 57 mujeres atendidas en el Instituto Nacional del Cáncer en Santiago de Chile, entre los meses de agosto de 2017 y septiembre de 2018. El muestreo fue realizado a partir de la lista semanal de mujeres citadas a comité de ginecología. El flujo del proceso de reclutamiento se detalla en la figura 1.

Los contactos y entrevistas telefónicas fueron realizados por el equipo investigador, evitando que fuera la misma persona que realizó la intervención de fisioterapia profiláctica. Todas las pacientes incluidas asistieron a una sesión educativa en que la fisioterapeuta enseñó y verificó la correcta realización de ejercicios de suelo pélvico y entregó un audio con los ejercicios para realización diaria en domicilio antes, durante y después de la radioterapia.

Los criterios de inclusión fueron: mujeres que cursaban por un cuadro de cáncer ginecológico en estadios I al III, edad mayor o igual a 18 años, con indicación de Radioterapia (RT), con capacidad cognitiva y funcional para realizar sus actividades por sí solas y sin dependencia de otras personas para sus actividades físicas diarias (*Eastern Cooperative Oncology Group Performance Status Score* 0 y 1). Fueron excluidas cuatro participantes porque los datos se encontraban incompletos y una de ellas desistió del tratamiento médico.

Esta investigación fue revisada y aprobada por el comité de ética científica del Servicio de Salud Metropolitano Norte (fecha de aprobación 05/05/2017, folio AE n° 007/2017), con el consentimiento informado de todas las participantes. La información se incorporó de manera anonimizada a una base de datos del programa estadístico SPSS.

Instrumentos

Se utilizó la *Escala de Autoeficacia para Práctica de Ejercicios do Assoalho Pélvico* (EAPEAP), elaborada y validada en Brasil por Sacomori et al.²² para la práctica de ejercicios del suelo pélvico de mujeres con o sin disfunciones de suelo pélvico. El instrumento presenta 17 preguntas, 13 sobre autoeficacia y 4 sobre expectativa de resultados. La escala permite respuestas en un rango de 0 a 100 (siendo 0 = nada de confianza y 100 = mucha confianza) de tal modo que, mientras más cercano a 100 sea el valor otorgado a ese ítem, mayor es la autoeficacia²².

El EAPEAP demostró buena consistencia interna ($\alpha = 0,923$), siendo capaz de diferenciar entre las mujeres adherentes y las no adherentes a los ejercicios de suelo pélvico. Además, se utilizó una ficha con datos generales sociodemográficos y clínicos. La adherencia fue evaluada con una cartilla de registro diario de la práctica de ejercicios en domicilio y la asistencia a la segunda sesión de control.

Etapas de validación

Traducción, traducción inversa y adaptación cultural: antes de iniciar el procedimiento, se solicitó autorización a los autores de la versión original. Una vez resuelto este paso, se procedió a realizar la traducción de la EAPEAP del portugués al español de Chile por persona chilena con dominio del portugués. A continuación, esta versión del instrumento fue traducida nuevamente al portugués por una brasilera con dominio del idioma español. Las dos versiones fueron comparadas, resolviendo modificar la afirmación «hacer los ejercicios en vacaciones y viajes» por «hacer los ejercicios durante fines de semana, días feriados y durante viajes».

Validación de contenido: posteriormente, esta versión fue enviada a revisión por tres profesionales expertos en disfunción de suelo pélvico y autoeficacia quienes, a partir de su respuesta de «acuerdo» o «desacuerdo», validaron el contenido de las afirmaciones e hicieron sugerencias de adaptación cultural. Con ello, se modificó la redacción «continuar haciendo los ejercicios aun cuando no vea un resultado positivo perceptible» por «continuar haciendo los ejercicios aun cuando no vea un resultado positivo inmediato», para hacerlo más comprensible al español y a la población objetivo con distintos niveles de escolaridad. Por otro lado, se eliminó la afirmación «hacer los ejercicios en posición de pie», debido a que no fue enseñado ni entrenado en esa posición de mayor exigencia que requiere mayor control del suelo pélvico y se agregó la afirmación no contenida en la escala original «hacer los ejercicios aun cuando se sienta triste o desanimada». El estado emocional influye en la autoeficacia, lo cual es aún más relevante en el contexto de la enfermedad oncológica, además, este ítem, originalmente no estaba considerado y los autores de la escala original mencionan la necesidad de incluirlo²².

Para llevar a cabo la evaluación psicométrica de la EAPEAP en español, conjuntamente se analizó la consistencia interna con el cálculo del alfa de Cronbach del instrumento completo y la validez de este. La consistencia interna también fue verificada con análisis de correlación

de Pearson entre ítems y entre cada ítem con respecto a la escala en total.

Validez discriminante: se analizó la capacidad predictiva del instrumento contrastando el grupo que regresó, con el grupo que no regresó a la segunda sesión presencial con fisioterapeuta.

Para analizar la capacidad predictiva de las escalas con relación a la adherencia se utilizó la prueba de Mann Whitney, a la vez que las variables no cumplieron con los criterios de normalidad estipulados por la prueba de Kolmogorov Smirnov. Por último, para comparar la autoeficacia y expectativa de resultados, entre antes y después del tratamiento, se utilizó la prueba de Wilcoxon. Para todos los análisis se consideró una $p < 0,05$.

Resultados

Este estudio incluyó 53 mujeres con diagnóstico de cáncer ginecológico, derivadas a radioterapia, las cuales fueron seguidas por un lapso de tres meses, durante los cuales, debían asistir a dos sesiones de evaluación y tratamiento fisioterápico y realizar un protocolo guiado de ejercicios por su cuenta en casa. De ellas, 31 asistieron a la segunda sesión de fisioterapia (post RT).

El promedio de edad de las participantes fue 47,0 (DE = 12,6) años, siendo el promedio de número de partos de 2,6 (DE = 2,2). Se puede destacar que el 56,5% de ellas tiene al menos 12 años de estudios oficiales (enseñanza secundaria completa), un 47,2% está casada o vive con pareja, la mayor parte de ellas tiene hijos (tabla 1). Al ingreso, 29 de las 53 pacientes informaron algún grado de pérdida de orina.

El promedio de días por semana que realizaron los ejercicios fue 4,8 (DE = 1,5). Esta información incluye solamente 30 de 31 mujeres que asistieron a la segunda cita de evaluación y tratamiento fisioterápico, ya que una de ellas olvidó llevar su diario de registro.

Consistencia interna

La escala presentó buena consistencia interna, siendo el alfa de Cronbach de 0,932 para la Escala de Autoeficacia para ESP; alfa de 0,748 para la Escala de Expectativa de Resultados para ESP.

La puntuación total de la escala de Autoeficacia estuvo correlacionada ($p < 0,05$) con cada uno de los ítems, con correlaciones que variaron entre $r = 0,545$ (ítem 7) y $r = 0,912$ (ítem 5). La mayoría de los ítems presentaron correlaciones significativas ($p < 0,05$) con todos los demás ítems de la escala. Solamente el ítem 7, referente a hacer los ejercicios en posición sentada, mostró las correlaciones más bajas con los otros ítems y no estuvo correlacionado significativamente con los ítems 2, 3 y 9.

La puntuación total de la escala de Expectativa de Resultados presentó correlaciones significativas ($p < 0,05$) con cada uno de los ítems, variando entre $r = 0,707$ (ítem 16) y $r = 0,886$ (ítem 14). Las correlaciones entre los ítems variaron entre $r = 0,302$ y $r = 0,730$, la correlación más baja fue entre los ítems 15 y 17.

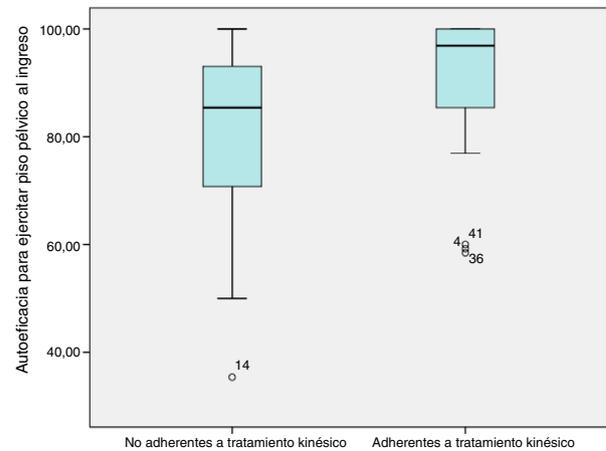
Tabla 1 Caracterización sociodemográfica y clínica de las participantes del estudio (n = 53)

Variable	n	%
<i>Nivel educacional</i>		
Básica incompleta	8	15,1
Básica completa	6	11,3
Secundaria incompleta	9	17
Secundaria completa	19	35,8
Educación técnica	7	13,2
Universitaria	4	7,5
<i>Estado civil</i>		
Soltera	16	30,2
Casada	17	32,1
Convive con pareja	8	15,1
Divorciada-separada	12	22,6
<i>Partos</i>		
Nulípara	8	15,1
Primípara	9	17
Múltipara	36	67,9
Perimenopausia	23	43,4
Constipación	30	56,6
Diabetes	13	24,5
Hipertensión arterial	13	24,5
<i>Tipo de cáncer</i>		
Cervicouterino	43	90,3
Endometrio	6	11,3
Ovario	1	1,9
<i>Tratamientos oncológicos (además de RT)</i>		
Cirugía	20	37,7
Braquiterapia	47	88,7
Quimioterapia	24	45,3
Sexualmente activa	18	34
<i>Autorreporte de estado de salud</i>		
Muy buena	5	9,4
Buena	22	41,5
Regular	22	41,5
Mala	3	5,7

Capacidad predictiva de las escalas de autoeficacia

Se observó que las mujeres que se adhirieron al tratamiento fisioterápico presentaron significativamente más autoeficacia para ESP al ingreso, en comparación con las mujeres que no regresaron a su segunda citación a tratamiento fisioterápico ($p = 0,034$, [fig. 2](#)). Sin embargo, no se obtuvo diferencia entre las mujeres que se adhirieron al tratamiento y las que no lo hicieron, con relación a la escala de expectativa de resultados para los ejercicios ([tabla 2](#)).

La [tabla 3](#), muestra los resultados de la autoeficacia y expectativa de resultados para ESP pre- y postintervención de fisioterapia. Estos demuestran que la autoeficacia para realizar los ejercicios disminuyó significativamente a los tres meses comparado con los puntajes de ingreso. En tanto, la expectativa de resultados no tuvo variación significativa en el mismo período.

**Figura 2** Comparación de los puntajes de la escala de Autoeficacia de las participantes adherentes y no adherentes.

En la [tabla 4](#), el análisis de la puntuación de cada afirmación, correspondiente a los constructos de autoeficacia y expectativa de resultados, muestra una tendencia hacia el «efecto techo», siendo mayor en general para los ítems de expectativa de resultados. El ítem 11 (relacionado a autoeficacia frente a situaciones de salud más urgentes) fue el que presentó menor puntuación y los ítems 3 y 12 (relacionados con realizar los ejercicios al menos tres veces por semana, y continuar realizando los ejercicios aun cuando otras personas le digan que no es necesario), correspondieron a las mayores puntuaciones.

Discusión

Este estudio identificó que la versión de las Escalas de Autoeficacia y Expectativa de Resultados para ESP, presentaron adecuadas propiedades psicométricas en cuanto a consistencia interna y capacidad de predecir la adherencia al tratamiento. Solamente el ítem 7 («Hacer los ejercicios en posición sentada») presentó bajas correlaciones con la escala total y con los otros ítems. Esto puede haber sucedido porque el énfasis de la intervención educativa estuvo centrado en la realización de ejercicios de suelo pélvico en posición supina. Sin embargo, se decidió mantener el ítem en la escala, ya que este evalúa la autoeficacia para incorporar el ejercicio en posición sedente durante actividades de la vida diaria, por ejemplo, manejando o estando en salas de espera.

En Chile se cuenta con muy pocos instrumentos específicos de autoeficacia validados para población nacional, siendo esta la primera escala de autoeficacia validada en el contexto de la salud²³. No obstante, existen instrumentos de autoeficacia para la práctica de ejercicios de suelo pélvico disponibles en otros idiomas¹⁸⁻²⁰. La escala de Autoeficacia para la práctica de ejercicios de suelo pélvico de Broome¹⁸, desarrollada en pacientes con incontinencia en el contexto de un tratamiento, fue traducida al español por Medrano et al.²¹, la cual se centra en el control de suelo pélvico en distintas situaciones de la vida diaria, incluyendo actividades de alta demanda del suelo pélvico²¹. La escala de Sacomori et al.²², por su parte, es un instrumento que apunta a la realización de ejercicios diarios con baja

Tabla 2 Comparación de la autoeficacia y expectativa de resultados, para práctica de ejercicios de suelo pélvico entre las mujeres que se adhirieron y las que no lo hicieron al tratamiento fisioterápico

	Adhirieron al tratamiento fisioterápico n = 31		No adhirieron al tratamiento fisioterápico n = 22		Prueba U de Mann Whitney p
	X (DE)	Md (RI)	X (DE)	Md (RI)	
Autoeficacia para ejercitar suelo pélvico	90,2 (12,5)	96,9 (14,6)	81,4 (17,8)	85,4 (24,2)	0,034
Expectativa de resultados para ejercicios de suelo pélvico	94,2 (8,3)	97,5 (10,0)	89,1 (17,9)	100 (14,4)	0,823

X: media; DE: desviación estándar; Md: mediana; RI: rango intercuartil.

Tabla 3 Caracterización de la autoeficacia y expectativa de resultados para ESP al ingreso y tres meses después

	Antes del tratamiento (al ingreso) (n = 53)		Al final del tratamiento (seguimiento a 3 meses) (n = 24)		Prueba de Wilcoxon p
	X (DE)	Md (RI)	X (DE)	Md (RI)	
Autoeficacia para ejercitar suelo pélvico	89 (14,1)	97,3 (16,5)	76,4 (19,2)	83,1 (29,4)	0,001
Expectativa de resultados para ejercicios de suelo pélvico	92,6 (9,3)	97,5 (13,1)	91,8 (10,7)	93,8 (12,5)	0,512

X: media; DE: desviación estándar; Md: mediana; RI: rango intercuartil.

dificultad de ejecución, que no requieran de un mayor control motor²². Contar con este instrumento en idioma español permite utilizarlo en aquellos casos que, por distintos motivos, no se puedan acceder a enseñanza de ejercicios en contextos de alta dificultad, tanto en mujeres continentales como en incontinentes de habla hispana.

Los resultados obtenidos en el estudio concuerdan con lo planteado en la declaración del año 2014, del Consenso de la Asociación Internacional de Continencia, respecto que la autoeficacia de ESP es el principal predictor de adherencia a realización de ESP²⁴. Un estudio realizado en Chile con mujeres que presentaban incontinencia de orina concluye que dentro de los factores facilitadores de adherencia se encontraron la motivación y compromiso al tratamiento²⁵, pese a que no se explicita la autoeficacia, la motivación es un constructo asociado con la teoría de autoeficacia¹¹.

La elevada autoeficacia inicial, puede ser atribuida a la intervención educativa realizada previo a la aplicación de la escala. En la primera sesión se estimuló la realización de los ESP enseñados, se entregó información sobre los efectos del tratamiento fisioterápico y la importancia de seguir las instrucciones para el cuidado de su suelo pélvico. Los altos valores a los tres meses de seguimiento pueden ser atribuidos a que, quienes regresaron al control, fueron las mujeres adherentes, que se sentían motivadas y

experimentaron los beneficios de la realización de los ESP. No obstante, la autoeficacia para los ESP al principio del estudio fue significativamente mayor que en el período de seguimiento. Este resultado fue similar al encontrado en otro estudio en Brasil, que utilizó la escala original. Los autores explican que la reducción en la confianza de la realización de los ejercicios, a lo largo del tiempo, puede deberse a las dificultades encontradas al realizarlos, haciendo que su percepción fuera más realística considerando estas barreras¹⁵.

En este estudio, la expectativa de resultados observada al inicio fue elevada, reflejando una alta expectativa en que los ESP podrían mejorar sus síntomas de incontinencia, su percepción corporal, su salud y bienestar. Sin embargo, la expectativa de resultados para la afirmación «Los ejercicios de suelo pélvico van a mejorar su vida sexual» presentó una puntuación media, bajo 90. Considerando que solo un 34% declaró ser sexualmente activa, puede explicarse la menor expectativa en relación con este aspecto.

Lamentablemente, desconocemos las razones por las que no se regresa al tratamiento, no obstante, la alta tasa de pérdida del estudio podría explicarse por el tipo de paciente seleccionado, ya que al ser pacientes oncológicas en tratamiento activo, pueden presentar otras complicaciones secundarias o empeoramiento de su condición de

Tabla 4 Análisis de la autoeficacia y expectativa de resultados para los puntajes de cada ítem al ingreso al estudio (n = 53)

Ítem	Cuánta confianza tiene Ud. de poder:	Media	Mediana	Desviación estándar
1	Acordarse todos los días de hacer los ejercicios	85,85	100	20,13
2	Realizar los ejercicios de suelo pélvico por cuenta propia	86,98	100	19,57
3	Hacer los ejercicios, por lo menos tres veces a la semana	90,57	100	15,24
4	Incluir los ejercicios de suelo pélvico en su día a día	93,02	100	15,14
5	Continuar haciendo los ejercicios aun cuando no vea un resultado positivo inmediato	89,62	100	17,32
6	Hacer los ejercicios durante fines de semana, días feriados y durante viajes	89,43	100	17,26
7	Hacer los ejercicios en posición sentada	81,7	100	29,66
8	Contraer el suelo pélvico antes de toser, respirar o reír fuerte para evitar pérdidas de orina	83,02	90	22,58
9	Continuar haciendo los ejercicios aun cuando las responsabilidades personales y familiares sean más exigentes que lo normal	87,55	100	17,96
10	Continuar haciendo los ejercicios aun cuando tenga más actividades que hacer de lo normal	84,72	100	21,45
11	Continuar haciendo los ejercicios aun cuando tenga problemas de salud más urgentes	76,23	80	26,55
12	Hacer los ejercicios aun cuando otras personas le digan que no es necesario (por ejemplo, familia, amigos)	93,58	100	16,06
13	Hacer los ejercicios aun cuando se sienta triste o desanimada Ahora, nos gustaría saber cuánta confianza tiene Ud. de que:	83,02	100	25,16
14	Los ejercicios de suelo pélvico van a prevenir o mejorar problemas tales como: pérdida de orina, caída de vejiga/útero	93,21	100	15,16
15	Los ejercicios de suelo pélvico van a mejorar su vida sexual	88,3	100	22,60
16	Los ejercicios de suelo pélvico van a mejorar la percepción de su propio cuerpo	91,7	100	17,18
17	Los ejercicios de suelo pélvico serán beneficiosos para su salud y bienestar	95,09	100	13,95

salud general que le imposibiliten asistir a los controles o continuar su participación en el estudio, como se ha observado en otras investigaciones, en relación al tratamiento antineoplásico^{25,26}. Esto concuerda con los resultados obtenidos en el ítem «Continuar haciendo los ejercicios aun cuando tenga problemas de salud más urgentes», que

presenta la puntuación media más baja (76,23). Además, hay que considerar que casi la mitad de las mujeres se refirieron a tener un estado de salud regular o malo al inicio del estudio. Por otro lado, la intervención educativa tenía fines profilácticos para disfunción de suelo pélvico. Cuando las mujeres presentan incontinencia tiene un factor

adicional de motivación que es la reversión de su condición, que este caso no estaba presente en todas las participantes.

En cuanto a las adaptaciones realizadas al instrumento original, se eliminó la afirmación «hacer los ejercicios en posición de pie», ya que esta ejecución requiere de un alto nivel de control muscular, las indicaciones entregadas fueron de ejercicios básicos y la enseñanza fue en posición decúbito supino, correspondiente al nivel de menor dificultad para suelo pélvico. El ítem «Hacer los ejercicios en posición sentada», fue el segundo puntaje más bajo obtenido (81,7), corroborando con esto, que la decisión de los expertos fue acertada, ya que la posición de pie es de aún mayor dificultad que la sedente. Pese a que las puntuaciones tienden al efecto techo, es posible distinguir que las dos afirmaciones anteriores, son también las que presentan una mayor dispersión de datos. Además, considerando que los factores emocionales influyen en la autoeficacia y que son muy importantes en el contexto oncológico y, en particular, en cáncer ginecológico^{27,28}. En la validación de expertos se incorporó un ítem sobre ese aspecto.

Dentro de las limitaciones del estudio el bajo tamaño de muestra impidió la realización de algunas pruebas de análisis psicométricas propias de este procedimiento (análisis por factores). Además, no se realizó análisis de confiabilidad con test-retest. No obstante, esto último fue deliberado, ya que la experiencia de dominio a partir del éxito o fracaso en la tarea ejecutada en repetidas ocasiones podría alterar la fiabilidad de los resultados²⁹.

En conclusión, este instrumento es lingüísticamente apropiado y psicométricamente válido para ser aplicado en Chile y puede ser aplicado en diferentes contextos en mujeres continentales y no continentales, en intervenciones preventivas y de tratamiento, particularmente en población oncológica. Los datos recogidos pueden ser fundamentales en la planificación terapéutica, pudiendo desarrollar acciones dirigidas para aquellas mujeres con mayor o menor autoeficacia, con el fin de evitar altos índices de abandono durante el tratamiento y lograr los resultados esperados. En el campo de la salud, cada vez cobran más importancia las intervenciones preventivas y se hace evidente la relevancia de estudiar cuestiones referidas a la adherencia a tales intervenciones, ya sea en el ámbito de la actividad física, la toma de medicamentos o en general aquellas orientadas al cambio de hábitos de vida de las personas^{15,30}. La modificación de los hábitos y la adherencia terapéutica son la clave para el control de enfermedades crónicas, por tal motivo se sugiere avanzar hacia la construcción y validación de otros instrumentos en esta línea.

Financiación

Proyecto financiado en el marco Concurso de Fondos internos de Investigación de la Universidad San Sebastián (REF DIUSS 2016-0003-IE) y del Primer Concurso Interno de Investigación de la Universidad Bernardo O'Higgins (Ref.UBO/VRIP 170202).

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2018;68:394–424, <http://dx.doi.org/10.3322/caac.21492>.
2. Weare K. Rehabilitation After Gynecological Cancer Treatment. *Int J Gynaecol Obstet.* 2015;131:5164–6, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.06.015>.
3. Schouten B, Van Hoof E, Vankrunkelsven P, Schrooten W, Bulens P, Buntinx F, et al. Assessing cancer patients' quality of life and supportive care needs: Translation-revalidation of the CARES in Flemish and exhaustive evaluation of concurrent validity. *BMC Health Serv Res.* 2016;16:86, <http://dx.doi.org/10.1186/s12913-016-1335-4>.
4. Ramaseshan AS, Felton J, Roque D, Rao G, Shipper AG, Sanses TVD. Pelvic floor disorders in women with gynecologic malignancies: a systematic review. *Int Urogynecol J.* 2018;29:459–76, <http://dx.doi.org/10.1007/s00192-017-3467-4>.
5. Greear G, Lefkowitz C, Parrillo LM, Flynn BJ. Incontinence, Voiding Dysfunction, and Other Urologic Complications After Radiotherapy for Gynecologic Malignancies. *Curr Bladder Dysfunct Rep.* 2016;11:88–97, <http://dx.doi.org/10.1007/s11884-016-0354-7>.
6. Segal S, John G, Sammel M, Andy UU, Chu C, Arya LA, et al. Urinary incontinence and other pelvic floor disorders after radiation therapy in endometrial cancer survivors. *Maturitas.* 2017;105:83–8, <http://dx.doi.org/10.1016/j.maturitas.2017.03.313>.
7. Carrasco DG, Cantalapedra JA. Efectividad del entrenamiento de los músculos del suelo pélvico en la incontinencia urinaria: revisión sistemática. *Fisioterapia.* 2012;34:87–95, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ft.2011.12.002>.
8. Kampshoff CS, Jansen F, van Mechelen W, May AM, Brug J, Chinapaw MJ, et al. Determinants of exercise adherence and maintenance among cancer survivors: a systematic review. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2014;11:80, <http://dx.doi.org/10.1186/1479-5868-11-80>.
9. Kampshoff CS, van Mechelen W, Schep G, Nijziel MR, Witlox L, Bosman L, et al. Participation in and adherence to physical exercise after completion of primary cancer treatment. *Int J Behav Nutr Phys Act.* 2016;13:100, <http://dx.doi.org/10.1186/s12966-016-0425-3>.
10. Bandura A. Health Promotion by Social Cognitive Means. *Health Educ Behav.* 2004;31:143–64, <http://dx.doi.org/10.1177/1090198104263660>.
11. Bandura A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol Rev.* 1977;84:191–215, <http://dx.doi.org/10.1037/0033-295X.84.2.191>.
12. Bandura A, Adams NE, Hardy AB, Howells GN. Tests of the generality of self-efficacy theory. *Cognit Ther Res.* 1980;4:39–66, <http://dx.doi.org/10.1007/BF01173354>.
13. Ozer EM, Bandura A. Mechanisms governing empowerment effects: a self-efficacy analysis. *J Pers Soc Psychol.* 1990;58:472–86, <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.58.3.472>.
14. Olivari-Medina C, Urra-Medina E. Autoeficacia y Conductas de Salud. *Cienc Enferm.* 2007;13:9–15, <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532007000100002>.
15. Sacomori C, Berghmans B, de Bie R, Mesters I, Cardoso FL. Predictors for adherence to a home-based pelvic floor muscle exercise program for treating female urinary incontinence in Brazil. *Physiother Theory Pract.* 2020;36:186–95, <http://dx.doi.org/10.1080/09593985.2018.1482583>.
16. Dumoulin C, Hay-Smith J, Habée-Séguin GM, Mercier J. Pelvic floor muscle training versus no treatment, or

- inactive control treatments, for urinary incontinence in women: a short version Cochrane systematic review with meta-analysis. *Neurourol Urodyn.* 2015;34:300–8, <http://dx.doi.org/10.1002/nau.22700>.
17. McClurg D, Frawley H, Hay-Smith J, Dean S, Chen SY, Chiarelli P, et al. Scoping Review of Adherence Promotion Theories in Pelvic Floor Muscle Training -2011 ICS State-Of-The-Science Seminar Research Paper I of IV. *Neurourol Urodyn.* 2015;34:606–14, <http://dx.doi.org/10.1002/nau.22769>.
 18. Broome BA. Development and testing of a scale to measure self-efficacy for pelvic muscle exercises in women with urinary incontinence. *Urol Nurs.* 1999;19:258–68.
 19. Chen SY. The development and testing of the pelvic floor muscle exercise self- efficacy scale. *J Nurs Res.* 2004;12:257–66, <http://dx.doi.org/10.1097/01.JNR.0000387510.52243.c8>.
 20. Zengin N, Pinar R. Reliability and validity of the continence self-efficacy scale in Turkish women with urinary incontinence. *Nurs Health Sci.* 2012;14:277–84, <http://dx.doi.org/10.1111/j.1442-2018.2012.00692.x>.
 21. Medrano Sánchez EM, Suárez Serrano CM, De la Casa Almeida M, Díaz Mohedo E, Chillón Martínez R. Spanish version of the broome pelvic muscle self-efficacy scale: Validity and reliability. *Phys Ther.* 2013;93:1696–706, <http://dx.doi.org/10.2522/ptj.20120128>.
 22. Sacomori C, Cardoso FL, Porto IP, Negri NB. The development and psychometric evaluation of a self-efficacy scale for practicing pelvic floor exercises. *Braz J Phys Ther.* 2013;17:336–42, <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552013005000104>.
 23. Cid P, Orellana A, Barriga O. Validación de la escala de auto-eficacia general en Chile. *Rev Med Chile.* 2010;138:551–7, <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872010000500004>.
 24. Dumoulin C, Alewijnse D, Bo K, Hagen S, Stark D, Van Kampen M, et al. Pelvic-Floor-Muscle Training Adherence: Tools, Measurements and Strategies-2011 ICS State-of-the-Science Seminar Research Paper II of IV. *Neurourol Urodyn.* 2015;34:615–21, <http://dx.doi.org/10.1002/nau.22794>.
 25. Venegas M, Carrasco B, Casas-Cordero R. Factors influencing long-term adherence to pelvic floor exercises in women with urinary incontinence. *Neurourol Urodyn.* 2018;37:1120–7, <http://dx.doi.org/10.1002/nau.23432>.
 26. Cnossen IC, van Uden-Kraan CF, Witte BI, Aalders YJ, de Goede CJT, de Bree R, et al. Prophylactic exercises among head and neck cancer patients during and after swallowing sparing intensity modulated radiation: adherence and exercise performance levels of a 12-week guided home-based program. *Eur Arch Otorhinolaryngol.* 2017;274:1129–38, <http://dx.doi.org/10.1007/s00405-016-4367-9>.
 27. Rangarajan R, Jayaraman K. Barriers affecting adherence to radiation treatment and strategies to overcome those barriers. *Indian J Cancer.* 2017;54:458–60, <http://dx.doi.org/10.4103/ijc.IJC.260.17>.
 28. Iżycki D, Woźniak K, Iżycka N. Consequences of gynecological cancer in patients and their partners from the sexual and psychological perspective. *Prz Menopauzalny.* 2016;15:112–6, <http://dx.doi.org/10.5114/pm.2016.61194>.
 29. Bandura A. *Guide for Constructing Self-Efficacy Scales.* En: Pajares F, Urdan T, editores. *Self-Efficacy Beliefs of Adolescents.* Greenwich: Information Age Publishing; 2006. p. 307–37.
 30. Essery R, Geraghty AWA, Kirby S, Yardley L. Predictors of Adherence to Home-Based Physical Therapies: A Systematic Review. *Disabil Rehabil.* 2017;39:519–34, <http://dx.doi.org/10.3109/09638288.2016.1153160>.