

51921
11

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA

Construcción y validación de una escala de autoeficacia
para el cumplimiento de la dieta prescrita en pacientes
con Diabetes Mellitus

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A N :
HERNANDEZ OCHOA CAROLINA
SAN JUAN CASTRO VERONICA DE JESUS

DE ESTUDIOS
SUPERIORES

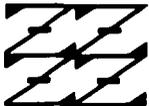
ASESOR:

MAESTRO MARIO ENRIQUE ROJAS RUSSELL

ZARAGOZA
SECRETARIA
TECNICA
SEPTIEMBRE 2003



C N A M
ZARAGOZA



LO IMPRIMO EN
BY MEXICO BOULEVARD

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

A



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

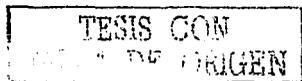
Quiero agradecer a todas las personas que me han acompañado, no sólo en la elaboración de este trabajo, sino durante los momentos en que más los necesité. Especialmente a mi familia, que siempre representó una fortaleza en tiempos de adversidad y cansancio, a mis compañeros y amigos que me brindaron su apoyo en todo momento.

Carolina

A mis padres y a mi hermana por todo el apoyo que me han dado, a mis profesores, compañeros y amigos a L. Insurgentes porque me ha dado la oportunidad de formar parte de su equipo de trabajo y me proporcionó apoyo durante la realización de este trabajo.

Gracias

Verónica



También queremos agradecer a todas las personas que participaron en este estudio, por el valioso tiempo que nos brindaron.

Carolina y Verónica

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INDICE

	PÁGINA
RESUMEN	
INTRODUCCIÓN	
CAPÍTULO 1. TEORÍA DE LA AUTOEFICACIA	1
1.1. Teoría Sociocognitiva	1
1.2. Teoría de Autoeficacia	3
1.2.1. Fuentes de autoeficacia	4
1.2.2. Dimensiones de la autoeficacia	6
1.2.3. Mecanismos mediadores de la autoeficacia	7
1.2.4. Expectativas de autoeficacia y Expectativas de resultado	8
1.2.5. Valor del resultado	10
1.3. La Autoeficacia y su relación con otros conceptos	11
1.3.1. Autoconcepto	11
1.3.2. Autoestima	12
1.3.3. Locus de control	13
1.3.4. Respuesta esperada	13
1.3.5. Nivel de aspiración	13
1.3.6. Motivación	14
1.3.7. Hábitos	14
1.4. Críticas y aportaciones a la Teoría de la autoeficacia	15
CAPÍTULO 2. AUTOEFICACIA Y MODELOS DE SALUD	16
2.1. Comportamientos básicos de salud	16
2.1.1. Promoción	16

0

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.1.2. Prevención	16
2.1.3. Detección y Rehabilitación	17
2.2. Modelos de comportamiento relacionados con la salud	17
2.2.1. Modelo de creencias de salud	17
2.2.2. Teoría de la motivación para la protección	18
2.2.3. Teoría de la acción razonada y el comportamiento planeado	19
2.2.4. Modelo integrado	20
2.2.5. Proceso de acción para la salud	20
2.2.6. Teoría Sociocognitiva y comportamiento saludable	21
2.3. Autoeficacia y Adherencia	23
2.3.1 Autoeficacia, Adherencia y Diabetes	24
CAPÍTULO 3. LA MEDICIÓN EN PSICOLOGÍA	27
3.1. Antecedentes	27
3.1.1. Medición de la autoeficacia	29
3.2. Construcción de escalas	31
3.2.1. Elaboración de escalas de autoeficacia	36
3.3. Escalas de autoeficacia nacionales y extranjeras	37
3.3.1. Generalidades	39
MÉTODOLOGÍA	40
PLAN DE ANÁLISIS	46
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	54
REFERENCIAS	58
ANEXOS	

Construcción y validación de una escala de autoeficacia para el cumplimiento de la dieta prescrita en pacientes con Diabetes Mellitus

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo construir una **Escala de Autoeficacia** para el cumplimiento de la **dieta** prescrita a pacientes con **Diabetes Mellitus**, obtener la validez de contenido y analizar su consistencia interna. El procedimiento comprendió dos etapas; **I . Construcción de la escala:** se entrevistó individualmente a 10 pacientes (3 H y 7 M) de 40 a 65 años de edad sobre las barreras que percibían para cumplir con la dieta recomendada por el profesional de la salud (médico o nutriólogo) para el control de su enfermedad. Las personas fueron seleccionadas intencionalmente de la Unidad de Medicina Familiar No. 21 del IMSS en el D.F., bajo los siguientes criterios, diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 1 ó 2, dieta indicada por el profesional de salud (médico o nutriólogo) para su control y ausencia de complicaciones graves de ésta u otra enfermedad crónica. Con los datos obtenidos se redactaron los reactivos cuya validez aparente fue determinada a través del juicio experto, se hicieron ajustes de formato y redacción. **II . Análisis Psicométrico:** se aplicó la escala a 101 sujetos (31 H y 70 M) seleccionados de igual forma que en la etapa I. Se analizó la consistencia interna del instrumento (alfa de Cronbach), su poder discriminativo y sus componentes principales. Para los datos sociodemográficos, clínicos y los relacionados con aspectos de la dieta se utilizó estadística descriptiva y análisis de correlación (chi cuadrada y t de student). La versión final de la escala contiene 15 reactivos con cinco opciones de respuesta. La consistencia interna de la escala fue de α 0.72 y tuvo un alto poder discriminativo. Finalmente, se sugieren algunas modificaciones en las opciones de respuesta y la adición de reactivos relacionados con aspectos emocionales.

Descriptores: Diabetes Mellitus, Adherencia Terapéutica, Autoeficacia, Dieta.

INTRODUCCION

Uno de los principales objetivos de la Psicología es el estudio de las variables psicológicas que puedan estar involucradas en la determinación, e incluso, en la predicción del comportamiento. La teoría de la autoeficacia (Bandura, 1986), derivada de la Teoría Sociocognitiva (1977), propone que la autoeficacia es una variable con la capacidad de organizar e integrar habilidades cognitivas, sociales, emocionales y conductuales para servir a innumerables propósitos. Bandura (1977) define a la **autoeficacia** como "*la creencia de que uno es capaz de ejecutar exitosamente determinado comportamiento*".

Además, la teoría de la autoeficacia reconoce la diversidad de las capacidades humanas y considera al sistema de creencias de eficacia no como un rasgo, sino como un grupo diferenciado de autocreencias ligadas a distintas áreas de funcionamiento (Bandura, 1998).

Los resultados de la mayoría de las investigaciones realizadas en diferentes campos del comportamiento humano como la educación, el trabajo, el deporte y la *salud* (I Simposio sobre autoeficacia, 2002) han mostrado que la autoeficacia es un *predictor y determinante* conductual muy poderoso, lo cual apoya la teoría de autoeficacia (Bandura, 1998).

En este último campo la mayoría de las investigaciones han estado encaminadas básicamente hacia cuatro áreas: conductas adictivas, trastornos de la alimentación, adherencia a tratamientos médicos y tratamientos de rehabilitación (Villamarín, 1990).

Particularmente, la relación entre autoeficacia y adherencia a tratamientos médicos o de salud cobra relevancia si se considera que el incumplimiento de las indicaciones del profesional de la salud, altera o niega el valor de un tratamiento específico, perturba la interacción del paciente con el médico, la familia, el trabajo y la vida misma (Massur y Anderson, 1988), e implica grandes erogaciones económicas para las instituciones de salud (Mason, Massuyama y Jue, 1994). Estas consecuencias, además de representar un problema común en los servicios de atención a la salud, se agravan cuando se trata de enfermedades crónico degenerativas debido a lo prolongado de su tratamiento, tal es el caso, de la Diabetes Mellitus (DM).

Actualmente, la DM representa uno de los problemas de salud con mayor incidencia a nivel mundial, y México, cada día tiene mayor población de diabéticos. De hecho, este

padecimiento representa la primera causa de muerte en la población mexicana en general, en la población de edad productiva y en las mujeres; y es la segunda causa de mortalidad en la población de edad postproductiva y en los hombres (Secretaría de Salud, 2001). Además, se estima que para el año 2025, más de 300 millones de personas la padecerán (King, y Aubert, 1995).

Con tales antecedentes, el régimen de autocuidado para la DM, que requiere de un estricto programa de dieta, ejercicio, medicamento y automonitoreo de la glucosa en sangre (Cox y Gonder-Frederick, 1992), proporciona un útil contexto para explorar el rol de las creencias de autoeficacia (Maddux, 1995). Sin embargo, debido a que el estudio de este tópico debe ser abordado de manera diferenciada debe precisarse cuidadosamente el comportamiento de interés.

Algunas investigaciones indican que las barreras para cumplir con la *dieta* y el *ejercicio* son influencias críticas que determinan la adherencia a los programas de autocuidado (Shultz, Sprague, Bramen y Lambeth, 2001) y, en el caso de la diabetes, son los aspectos que resultan más difíciles de seguir; sin embargo, aunque se han realizado investigaciones sobre la influencia de la autoeficacia en ambos aspectos, predominan las del campo del ejercicio (Ling, y Horwarth, 1999; Resnick, y Jenkins, 2000; Fletcher y Banasik, 2001; Shin, Jang, y Pender, 2001; Gulliver y Horwarth, 2001). Además, son pocos los estudios realizados sobre autoeficacia en personas diabéticas (Jaap van der Bijl, Poelgeest-Eelink y Shortridge, 1999; Shultz, Sprague, Bramen y Lambeth, 2001; Aljasen, Li, Peyrot, Wissow, y Rubin, 2002), e inexistentes en población mexicana.

Lo anterior refleja la urgencia y utilidad de explorar la relación de la autoeficacia en el cumplimiento de la dieta en dicho padecimiento. Uno de los primeros pasos para esta labor es contar con instrumentos válidos y confiables adecuados a las necesidades y características de nuestra población.

Por consiguiente, el objetivo general de la presente investigación fue construir y determinar la validez de contenido y consistencia interna de una escala de autoeficacia para el cumplimiento de la dieta recomendada a pacientes con Diabetes Mellitus.

TEORÍA DE LA AUTOEFICACIA

Debido a que la Teoría Sociocognitiva (1986) representa la base para comprender la teoría de la autoeficacia se considera pertinente mencionar, por lo menos de manera breve, sus principios generales

1.1. Teoría Sociocognitiva

La Teoría Sociocognitiva (TS) es una aproximación hacia la comprensión de la cognición, acción, motivación y emoción humana. En general, supone que las personas tienen la capacidad de autoreflexionar y autoregularse, en consecuencia, son formadores activos de su medioambiente, más que simples reactivos pasivos de éste. Bajo esta idea esencial la TS formula las siguientes asunciones (Bandura, 1986; 1989):

1. Las personas tienen la capacidad de *simbolizar*, lo cual les permite crear modelos internos de experiencia, desarrollar cursos innovadores de acción, comprobarlos hipotéticamente a través de la predicción de resultados y comunicar ideas complejas o experiencias a los demás.
2. La mayoría del comportamiento es propositivo o dirigido hacia una meta, es guiado por la premeditación (por ejemplo, anticipando o prediciendo); esta capacidad de *comportamiento intencional* depende de la capacidad de simbolización.
3. Las personas son *autoreflexivas* y capaces de analizar y evaluar sus propios pensamientos y experiencias. Estas actividades metacognitivas conforman la etapa de autocontrol del pensamiento y del comportamiento.
4. Las personas son capaces de *autoregularse* por la influencia directa del control sobre su comportamiento y la selección o alteración de las condiciones del medio ambiente, que a su vez, influyen en su comportamiento. Las personas adoptan estándares para su comportamiento, se evalúan con respecto a éstos y crean sus propios incentivos de motivación y guía para conductas subsecuentes.

5. Las personas aprenden vicariamente observando la conducta de los demás y sus consecuencias. El *aprendizaje vicario* a través de la observación reduce considerablemente la dependencia al aprendizaje por ensayo y error y permite el rápido aprendizaje de habilidades complejas que no sería posible si las personas aprendieran sólo actuando y experimentando directamente las consecuencias de su propio comportamiento.
6. Las capacidades ya mencionadas (simbolización, autoreflexión, autoregulación y aprendizaje vicario) son el resultado de la evolución de complejos mecanismos y estructuras neurofisiológicas. Las fuerzas fisiológicas y experienciales interactúan para determinar el comportamiento y lo proveen de una gran plasticidad.
7. Los eventos medioambientales, los factores personales internos (cognición, emoción y procesos biológicos) y el comportamiento son elementos que interactúan mutuamente. De esta manera, las personas responden cognitivamente, afectivamente y conductualmente a los eventos del medio ambiente. Pero lo más importante, es que a través de la cognición las personas pueden ejercer control sobre su propio comportamiento que después influirá no sólo al medio ambiente sino también en los aspectos cognitivos, afectivos y biológicos. Este es el principio de la *triada recíproca* o *triada de causación recíproca* que es, quizá, la asunción más importante de la TS.
8. Aunque la influencia de estos elementos es recíproca, no necesariamente es simultánea, ni tiene la misma fuerza, si no que es relativa a las actividades y circunstancias. De tal forma, la comprensión completa del comportamiento humano en determinada situación requiere de la comprensión de los tres elementos o fuentes. Bandura (1998) también se refiere a esta estructura como el modelo de *mediación interactiva emergente* (Maddux, 1995).

Derivada de la investigación de la TS, donde las características personales son mediadoras del comportamiento humano, Bandura propone una teoría en la cual las *creencias* que las personas tienen sobre sí mismas (sistema de autocreencias) son elementos clave en el ejercicio del control y la mediación personal: la teoría de la autoeficacia (Pajares, 2001).

1.2. Teoría de la autoeficacia

En general, esta teoría sugiere que de todas las creencias, las de autoeficacia, tienen mayor influencia en la mediación de la conducta humana. Es decir, la autoeficacia juega un poderoso papel en determinar *la elección de metas, el esfuerzo invertido para alcanzarlas, la persistencia al enfrentarse con desafíos y obstáculos que se les presentan y el grado de ansiedad o confianza que experimentan durante la tarea.*

Originalmente, Bandura (1977) definió a la autoeficacia como *“un tipo específico de expectativa relacionada con la creencia de que uno es capaz de ejecutar exitosamente el comportamiento necesario para obtener determinado resultado”.*

Sin embargo, a través del tiempo, esta definición ha sido modificada por el mismo Bandura, quien para 1989 define a la autoeficacia como *“las creencias que tienen las personas sobre su capacidad para ejercer control en los eventos que afectan su vida”.* Y en 1990, sugiere una definición más detallada: *“las creencias que tienen las personas en su capacidad para movilizar su motivación, sus recursos cognitivos y los cursos de acción necesarios para ejercer control en las demandas de una determinada tarea”.*

Como puede observarse, la constante en cada una de estas definiciones es la capacidad percibida para llevar a cabo determinada tarea con cierto grado de éxito.

Al respecto, Bandura señala que las creencias de autoeficacia operan como un factor clave dentro del sistema generativo de competencia humana, pues no sólo están relacionadas con el ejercicio del control, sino también con la autoregulación de los procesos cognitivos, la motivación, los estados afectivos y fisiológicos (Bandura, 1998).

De esta manera, el éxito de una tarea requiere tanto de habilidades, como de creencias de eficacia para el buen desarrollo de éstas. Es decir, un buen desempeño demanda una continua improvisación de múltiples subhabilidades para manejar los cambios de una situación a otra, la mayoría de los cuales, contienen elementos ambiguos, impredecibles y frecuentemente estresantes. Las habilidades preexistentes frecuentemente deben ser organizadas en nuevas formas para enfrentar la variedad de demandas situacionales.

Hay una marcada diferencia entre poseer habilidades; ser capaz de integrarlas en un curso apropiado de acción y ejecutarlas eficazmente bajo circunstancias difíciles.

Estas diferencias explican porqué diferentes personas con habilidades similares, o la misma persona bajo circunstancias distintas puedan tener una ejecución pobre, adecuada o extraordinaria.

Por otra parte, la competencia humana se desarrolla y manifiesta en diferentes formas, las diversas áreas de funcionamiento demandan diferentes conocimientos y habilidades, por lo tanto, las personas difieren en las áreas en las que cultivan su eficacia y el nivel en que la desarrollan (variaciones en las creencias de eficacia personal).

Por lo general, las personas que dudan de sus capacidades en un área particular, se impresionan con la dificultad de las tareas, encuentran difícil motivarse a sí mismos, aminoran sus esfuerzos o abandonan rápidamente el enfrentamiento con los obstáculos, tienen bajas aspiraciones y un débil compromiso con las metas que eligen alcanzar. En situaciones difíciles, se enfocan en sus deficiencias personales; lo complicado de la tarea y las consecuencias adversas de fallar. Además, son lentos en recuperar su autoeficacia después de fracasar en alguna situación debido a que tienden a determinar su ejecución insuficiente como aptitud deficiente, y fácilmente son víctimas de estrés o depresión (Bandura, 1998).

En contraste, las personas que tienen fuertes creencias en sus capacidades visualizan las tareas difíciles como desafíos a enfrentar, más que como amenazas a evitar, mantienen un fuerte compromiso con éstas e invierten un alto nivel de esfuerzo; además, atribuyen los fracasos a esfuerzos insuficientes, recuperan rápidamente su sensación de autoeficacia y visualizan los estresores o amenazas con la confianza de que pueden ejercer algún control sobre éstos (Bandura, 1998).

1.2.1. Fuentes de autoeficacia

Bandura (1998) distingue cuatro fuentes principales de información a través de las cuales se construyen las creencias de autoeficacia: experiencia directa, experiencia vicaria, persuasión verbal y estados afectivos y fisiológicos. Por su parte, Maddux (1995) sugiere que los componentes de esta última fuente sean considerados por separado y Cervone (1989) sugiere como una fuente más a las experiencias imaginadas.

La experiencia directa, en particular, éxitos o fracasos claros, son la fuente de información más poderosa para la autoeficacia (Bandura, 1977).

Sin embargo, es necesario aclarar que una ejecución exitosa no siempre fortalece las creencias de eficacia, ni las ejecuciones de fracaso necesariamente las disminuyen, esto se debe a que un cambio en la eficacia percibida resulta del procesamiento cognitivo de la información sobre la ejecución, más que de la ejecución en sí misma.

El grado en el cual las personas modifican su eficacia percibida a través de la experiencia directa depende entre otros factores de las capacidades previamente adquiridas, la dificultad percibida de la tarea, la cantidad de esfuerzo invertido, la cantidad de ayuda externa, las circunstancias que rodean la experiencia, el patrón temporal de éxitos y fracasos y, principalmente, de la forma en que estas experiencias son cognitivamente organizadas y reconstruidas en la memoria (Bandura, 1998).

La *experiencia vicaria* (modelamiento o imitación) también influye en las expectativas de autoeficacia. Después de que las personas observan el comportamiento de los demás y las consecuencias de éste, valoran lo que ellos mismos son capaces de hacer y utilizan esta información para formar expectativas sobre su propio comportamiento y sus posibles consecuencias.

Los efectos de la experiencia vicaria en la percepción de autoeficacia dependen, entre otros, de factores como la percepción de similitud entre la persona y el modelo, la cantidad y variedad de modelos, lo significativo del modelo y la similitud entre los problemas enfrentados por la persona y el modelo (Bandura, 1986; Schunk, 1986).

Por otra parte, a partir de los juicios verbales de otros, *persuasión verbal o social*, los individuos también desarrollan creencias de autoeficacia (Pajares, 2001). De tal forma, quienes proporcionan retroalimentación sobre las propias capacidades juegan un papel importante en el desarrollo de las creencias de eficacia de los individuos. Sin embargo, algunas personas no siempre creen lo que otros les dicen acerca de sus habilidades, la mayoría cree que ellos se conocen mejor a sí mismos y que pueden predecir mejor sus capacidades. Esta creencia origina cierta resistencia hacia la persuasión.

El impacto de la persuasión verbal sobre las creencias de eficacia depende de la confianza que las personas tienen en quienes tratan de persuadirlos. Esta confianza es mediada, entre otros factores, por la credibilidad otorgada a quien desea convencerlos y lo experto de éste en las actividades o situaciones que se están evaluando.

La utilización de indicadores de capacidad objetivos y las evidencias de éxito pueden fortalecer la influencia de los convencedores sobre las creencias de eficacia de las personas (Bandura, 1998).

En cuanto a las *reacciones fisiológicas* se refiere, se dice que cuando las personas asocian su activación fisiológica desagradable con una baja ejecución tienen percepciones de incompetencia y fracaso, y es más probable, que duden sobre su capacidad que si su estado fisiológico es placentero o neutral. No obstante, aunque las señales fisiológicas son componentes importantes de las emociones, *las experiencias emocionales* no son simplemente el producto de la activación fisiológica (Ortony, Clore y Collins, 1988); por lo tanto, es más probable que las personas tengan creencias de eficacia sobre su ejecución cuando su afecto es positivo que cuando es negativo, independientemente de su estado o grado de activación fisiológica.

Por último, las personas también pueden generar creencias acerca de su eficacia o ineficacia personal imaginándose a sí mismos o a los demás comportándose eficaz o ineficazmente en situaciones futuras (Cervone, 1989). Las *imágenes* pueden surgir de experiencias reales o vicarias anticipadas o inducidas por persuasión verbal.

Sin embargo, imaginarse a uno mismo teniendo una ejecución exitosa no implica tener una influencia tan fuerte sobre la eficacia como la experiencia real de éxito o de fracaso.

Cabe señalar que los determinantes de las creencias actuales de autoeficacia pueden ser lejanos (pasados/futuros) o próximos (recientes/inmediatos). La autoeficacia para una ejecución específica medida en un momento específico será el resultado de la confluencia de información próxima y lejana a partir de las fuentes antes mencionadas (Maddux, 1995).

1.2.2. Dimensiones de la autoeficacia

Las creencias de eficacia varían a lo largo de tres dimensiones: magnitud, fuerza y generalidad (Bandura, 1977; 1982; 1986).

La *magnitud o nivel* de autoeficacia se refiere al grado de desafío o impedimento para una ejecución exitosa. La eficacia personal puede estar limitada a las demandas simples de una tarea, extenderse a demandas moderadamente difíciles, o incluir las demandas más difíciles. Si no hay obstáculos a superar la actividad resulta fácil de realizar y cualquiera tendría una alta autoeficacia al respecto.

La *fuerza* de la autoeficacia se refiere a la convicción o confianza de las personas de que podrán ejecutar una conducta determinada (Maddux, 1995). Las creencias débiles fácilmente son rebatidas por experiencias opuestas o distintas a las esperadas. Sin embargo, personas que tienen una creencia tenaz en sus capacidades perseveran en sus esfuerzos a pesar de innumerales dificultades y obstáculos. La fuerza de la autoeficacia constantemente ha sido relacionada con la tolerancia a la frustración y al dolor (Bandura, 1986).

La *generalidad* de la autoeficacia se refiere al grado en que las experiencias de éxito o fracaso influyen sobre las expectativas de eficacia para un comportamiento específico o si se extienden a otros comportamientos o contextos similares (Maddux, 1995). La generalidad puede variar en diferentes dimensiones, por ejemplo, las modalidades en las cuales las capacidades son expresadas (conductual, cognitiva y afectivamente), las características cualitativas de las situaciones y las características de las personas hacia las cuales se dirige el comportamiento (Bandura, 1998).

1.2.3. Mecanismos mediadores de la autoeficacia

Las creencias de eficacia influyen en el comportamiento a través de la cognición, el establecimiento de metas, el afecto y la selección del medio ambiente (Bandura, 1986; 1989; 1990). Así mismo, la autoeficacia puede influir en la *cognición* mediante cuatro procesos: la elaboración de las metas personales, visualización de planes o estrategias para su logro, desarrollo de reglas para predecir e influir en los eventos y en la efectividad y eficiencia de la solución de problemas.

Por lo que al *establecimiento de metas* se refiere, cabe señalar que en ocasiones la motivación hacia metas difíciles se incrementa por la sobreestimación de las propias capacidades. Esto puede convertirse en una profecía autocumplida cuando las personas perseveran y superan sus niveles usuales de ejecución. Es decir, la perseverancia generalmente produce los resultados deseados, y a su vez, los resultados favorables incrementan la percepción de eficacia personal.

Por otra parte, la autoeficacia también es un poderoso determinante de las *respuestas afectivas o emocionales* ante los eventos de la vida, y al mismo tiempo, éstas influyen en la cognición y la acción.

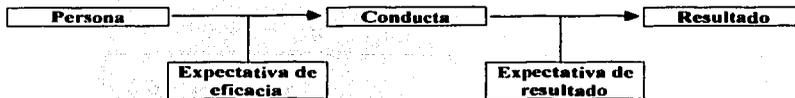
La forma en que las creencias de eficacia pueden influir en las emociones son dos, la primera se refiere a la influencia de la autoeficacia en el tipo e intensidad de las emociones que se experimentan ante determinada situación, la segunda tiene que ver con la autoeficacia para controlar los pensamientos que regulan las emociones.

Finalmente, es importante señalar que las personas usualmente eligen involucrarse en situaciones en las cuales esperan un desempeño exitoso porque creen poseer el nivel de habilidad necesario, y evitan las situaciones en las que anticipan que las demandas exceden sus habilidades (privándose de experiencias potencialmente exitosas que podrían contrarrestar su baja autoeficacia). Es decir, las creencias de autoeficacia determinan la *selección de situaciones y actividades* en que la persona decide involucrarse y que a su vez influyen de manera importante en el desarrollo continuo de estas mismas creencias (Maddux, 1995).

1.2.4. Expectativas de autoeficacia y expectativas de resultado

Aunque existen más de un tipo de expectativas Bandura (1977; 1986) propuso una distinción muy clara entre las expectativas de creencias de eficacia y las expectativas de resultado. A diferencia de las expectativas de eficacia, anteriormente definidas, *una expectativa de resultado es la estimación que una persona hace de que una conducta, una vez realizada, tendrá determinado resultado*. El esquema 1 muestra esta distinción. Bandura (1977) asume que ambas expectativas operan simultáneamente y pueden ser similares o diferentes en magnitud y dirección ante la misma situación, por tal motivo es importante conocer cuándo y cómo varían para establecer su influencia potencial en la determinación y predicción del comportamiento. Sin embargo, la relación entre ambas expectativas no es simple.

En actividades en las que los resultados son ampliamente contingentes con la calidad de la ejecución, el resultado que las personas anticipen (expectativas de resultado) dependerán de qué tan capaces se consideren para realizar un comportamiento determinado en una situación específica (expectativa de eficacia). Por el contrario, cuando el resultado no depende de la calidad de la ejecución o esta restringido a factores como la edad, el sexo, la raza, entre otros, las expectativas de resultado serán independientes de las expectativas de eficacia (Bandura, 1998), no obstante, ambas expectativas son importantes en la iniciación y persistencia del comportamiento.



Esquema 1. Distinción entre expectativas de eficacia y de resultado, (Bandura 1977).

Al igual que las expectativas de autoeficacia, las expectativas de resultado también están determinadas por diversos factores, Johnmarshall (1994) hace la siguiente clasificación en la que se observan algunos aspectos similares con las fuentes de autoeficacia.

El feedback del resultado: cualquier experiencia de fracaso o de éxito después de realizar una tarea es muy importante al momento de formar o cambiar una expectativa de resultado. Mientras que las personas realizan una tarea tienen la capacidad de evaluar si su actividad produce determinados resultados, exitosos o no; dicha evaluación puede ser subjetiva ("*lo hice mejor de lo que pensaba y por lo tanto representa un éxito para mí*") u objetiva ("*he ganado el premio, por lo tanto he tenido éxito*").

Dificultad de la tarea: las percepciones acerca de la dificultad de la tarea determinan las expectativas de resultado, al mismo tiempo que influyen sobre las expectativas de eficacia, esta evaluación dependerá de las características específicas y sobresalientes de la tarea. Por lo general, las características difíciles (como la complejidad) conducen a expectativas pobres respecto al resultado de llevar a cabo una acción determinada.

Información derivada de la comparación social: la observación de los resultados obtenidos por otros en la misma tarea representa el tercer determinante de las expectativas de resultado. La persona que realiza una actividad casi siempre es consciente de que existe una norma grupal de lo que constituye el éxito o el fracaso en dicha actividad, es decir, del resultado que puede esperar si también la lleva a cabo. De tal forma, el resultado que anticipe estará parcialmente basado en este tipo de comparación social.

Factores de personalidad: un último determinante de las expectativas de resultado son las diferencias individuales que predisponen a la gente a sobrestimar la probabilidad para obtener determinado resultado antes de realizar una tarea, generalmente, esto sucede con las personas con una gran necesidad de logro. Por el contrario, las personas con baja necesidad de logro o reconocimiento tienden a ser pesimistas debido a que subestiman sus posibilidades de éxito. Este aspecto es importante porque implica la aplicación de distintas estrategias terapéuticas a personas realistas, pero con bajas expectativas, que a las personas cuyas expectativas son distorsionadas o resultan inalcanzables.

Por su parte, las expectativas de resultado pueden tomar tres formas principales, en cada una las expectativas positivas sirven como incentivos, y las negativas, como discentivos (Bandura, 1986):

- **Efectos físicos** (experiencias sensoriales placenteras o desagradables).
- **Efectos sociales** (expresiones de interés, aprobación, reconocimiento social, compensación monetaria, concesión de status y poder, o bien, desinterés, desaprobación, rechazo social, censura, privación de privilegios, entre otros).
- **Efectos emocionales** (Autoevaluaciones del propio comportamiento como el elogio o la crítica).

Se han creado serios problemas conceptuales cuando una ejecución se mal interpreta como el resultado de ésta. Es importante distinguir que la ejecución es la realización de una acción, mientras que el resultado es su consecuencia (no la ejecución en sí misma).

1.2.5. Valor del resultado

Teasdale (1978) propuso *el valor o importancia del resultado* como un componente adicional del modelo de autoeficacia que sin embargo, no ha sido ampliamente estudiado.

La investigación en la teoría del valor esperado ha mostrado que el valor del resultado es un importante predictor de la probabilidad y fuerza de la respuesta. Al respecto, Bandura (1998) menciona que el valor subjetivo de los resultados anticipados determina ampliamente la motivación potencial hacia éstos. Maddux (1995) señala que este valor necesita ser elevado para que las expectativas de autoeficacia y de resultado influyan sobre el comportamiento.

1.3. La autoeficacia y su relación con otros conceptos

Los pensamientos que se refieren a uno mismo juegan un papel importante en la mayoría de las teorías contemporáneas del comportamiento humano; sin embargo, las concepciones autorreferenciales tienen diferentes facetas y no todas se relacionan con la autoeficacia —lo cual ha sido fuente de confusión en la literatura.

Además, otro problema frecuente en el estudio de las creencias de eficacia es que las teorías que tratan explícitamente el tema de la autoeficacia generalmente difieren en cuál es la naturaleza de estas creencias, sus orígenes, sus efectos, la variabilidad e intervención en el funcionamiento psicosocial (Bandura, 1998).

La comprensión y apreciación de la teoría de la autoeficacia requiere del entendimiento de la relación entre la autoeficacia y otros conceptos vinculados con el dominio, el control y la competencia (Maddux, 1995), a continuación se presentan algunos conceptos comúnmente asociados, y en ocasiones, confundidos con la autoeficacia.

1.3.1. Autoconcepto

El autoconcepto se refiere al punto de vista que las personas tienen sobre sí mismas, y se supone, se forma a través de la experiencia directa y los comentarios o evaluaciones realizadas por personas que son importantes para uno. Examinar los procesos autoreferentes en términos del autoconcepto contribuye a comprender las actitudes de las personas hacia ellas mismas y cómo esas actitudes pueden afectar su perspectiva general sobre la vida. Sin embargo, las teorías del autoconcepto fracasan al intentar explicar cómo el mismo autoconcepto puede producir diferentes tipos de comportamiento. Al respecto, Bandura (1998) menciona que las estimaciones que se hacen del autoconcepto están relacionadas con una autoimagen global que combina diversos atributos dentro de un simple índice. Esto crea confusión sobre lo que realmente se está midiendo y el peso que se confiere a cada atributo en particular.

Una autoimagen global puede producir algunas correlaciones débiles, pero no es igual a la tarea de predecir, con algún grado de precisión, las amplias variaciones en el comportamiento que generalmente ocurren en determinado campo de actividad bajo diferentes condiciones (Bandura, 1998).

En mediciones comparativas de poder predictivo las creencias de eficacia predicen fuertemente el comportamiento, mientras que el efecto del autoconcepto es débil y equívoco (Pajares y Kranzler, 1995; Pajares y Miller, 1994; Pajares, Urdan y Dixon, 1995).

1.3.2 Autoestima

Los conceptos de autoestima y autoeficacia frecuentemente son usados de manera indistinta, no obstante, la autoeficacia se refiere a los juicios de capacidad personal, y la autoestima, a los juicios del valor propio o del valor hacia uno mismo.

Aunque la autoestima no es menos multidimensional que la eficacia percibida no hay una relación fija entre ambos conceptos. Los individuos pueden juzgarse poco capaces para realizar una tarea determinada sin sufrir pérdida alguna de autoestima debido a que no confieren su valor personal a dicha actividad. Por el contrario, hay quienes se consideran altamente eficaces para llevar a cabo una actividad pero esto no necesariamente modifica su autoestima.

La autoestima puede originarse de autoevaluaciones basadas en la competencia personal o la posesión de atributos que son vinculados culturalmente con valores positivos o negativos; cuando la autoestima proviene de la competencia personal las personas se sienten satisfechas por el cumplimiento de sus estándares de mérito; cuando ésta es determinada por los atributos que se poseen, las evaluaciones y estereotipos sociales influyen en cómo las personas estiman su valor personal (Bandura, 1998).

Algunas personas con baja autoestima son muy duras consigo mismas y adoptan estándares que no son fáciles de cumplir, mientras tanto, hay quienes tienen una elevada autoestima debido a que no se demandan mucho a sí mismos o derivan su autoestima de otras fuentes y no de sus logros personales. Sin embargo, se necesita más que una alta autoestima para tener una buena actuación (Mone, Baker y Jeffries, 1995).

Algunos de los instrumentos construidos para medir autoestima incluyen autoevaluaciones de la eficacia y cometen el error de confundir o mezclar elementos que deben ser separados (Coopersmith, 1967).

1.3.3. Locus de control

El locus de control se refiere a la predisposición general de hacer determinadas atribuciones, en el sentido de situar el control de los eventos fuera (locus de control externo) o dentro (locus de control interno) del sujeto (Rotter, Chance y Phares, 1972). El locus de control tiene que ver más con las expectativas de resultado que con las de eficacia debido a que se relaciona con el grado en el cual las personas creen que su comportamiento controla o no los resultados sin considerar las habilidades que se tengan para ejecutar ciertos comportamientos (Bandura, 1986).

1.3.4. Respuesta esperada

La teoría de la respuesta esperada (Krisch, 1985; 1990) se relaciona con el papel de las expectativas de experiencias subjetivas ante determinada situación y no con los resultados de ésta. Kirsch (1985) definió la respuesta esperada como las expectativas relacionadas con la ocurrencia de respuestas no voluntarias, respuestas que son experimentadas automáticamente y que incluyen reacciones emocionales, activación sexual, dolor, etc.

Las respuestas esperadas influyen en la experiencia subjetiva, el funcionamiento fisiológico y la conducta abierta (Kirsch, 1990). Debido a que una respuesta no voluntaria es uno de tantos resultados posibles, puede considerarse como un tipo especial de expectativa de resultado. En situaciones que implican miedo o dolor como respuesta esperada, la autoeficacia parece estar determinada parcialmente por las expectativas de resultado (Maddux, 1995).

1.3.5. Nivel de aspiración

La teoría e investigación sobre el nivel de aspiración se relaciona con lo que las personas quieren o aspiran lograr, lo cual influye sobre su comportamiento. Sin embargo, el nivel de aspiración no se relaciona con los niveles de ejecución que las personas esperan tener. Los estudios que hacen esta distinción encuentran que los niveles de aspiración de las personas usualmente son más grandes que sus expectativas para el éxito (Krisch, 1986). Estos estudios también han encontrado que las expectativas relacionadas con los niveles de ejecución están más fuertemente correlacionadas con ejecuciones pasadas que con el nivel de aspiración actual (Maddux, 1995).

1.3.6. Motivación

En su obra *Motivación y Emoción*, Johnmarshall (1994) también menciona que la motivación es una causa hipotética de la conducta inducida por las condiciones ambientales (por ejemplo, la privación de alimento) que se puede inferir de las expresiones conductuales, fisiológicas o de autoinforme. Sin embargo, White (cit. en Maddux, 1995) desde 1959, en un intento por explicar la conducta humana que no está dirigida a la satisfacción de necesidades biológicas como el hambre o la sed, propuso que las personas pueden estar motivadas por diferentes metas como la exploración, manipulación y dominio del medio ambiente, llamándolo "efecto de la motivación". También sugirió que alcanzar estas metas conduce a un sentido de eficacia, y de hecho, este sentido de eficacia puede ser una meta en sí misma aparte del valor práctico de las cosas que aprendemos sobre el medio ambiente.

Pero independientemente de su origen, los estados motivacionales son influidos por las representaciones cognitivas y la acción. Generalmente, cuando las personas esperan poder realizar una conducta adecuadamente (altas expectativas de autoeficacia) también están dispuestas a participar en las actividades que tal conducta representa, a desplegar los esfuerzos necesarios para cumplir con los retos que se le presenten y a persistir si se presentan obstáculos, es decir, se encuentran motivados porque se perciben altamente eficaces para realizar la tarea (Bandura, 1989).

1.3.7. Hábitos

Un hábito es una conducta que se ha realizado repetidamente y se vuelve automática sin el beneficio de una decisión consciente que implica la consideración de por lo menos un curso de acción alternativo. La teoría del hábito (Ronis, Yates y Kirscht, 1989) se basa en la distinción de *procesos cognitivos controlados* (que son intencionales y requieren de un esfuerzo consciente) de los *procesos cognitivos automáticos* (que se aprenden a través de la repetición, no requieren de un esfuerzo consciente y se ponen en marcha ante señales situacionales) (Schnieder y Shiffrin, 1977).

Esta teoría sugiere que los factores sociocognitivos como la autoeficacia pueden tener mayor influencia en la iniciación de un comportamiento que en la ejecución repetida de éste; sin embargo, Bandura (1998) considera que después de que las personas desarrollan formas adecuadas de manejar las situaciones recurrentes actúan sobre su eficacia percibida sin requerir de

una dirección continua o pensamientos reflexivos, lo cual, no significa que las creencias de eficacia sean sólo un componente importante para el desarrollo de habilidades y un factor de menor importancia después de que las habilidades se automatizan. Esto significa, que las personas sólo actúan de manera habitual si continúan creyendo en sus habilidades para ejecutar determinada actividad.

1.4. Críticas y Aportaciones a la Teoría de Autoeficacia

Finalmente, es importante señalar que todas las teorías son propensas a una evaluación crítica y la teoría de la autoeficacia no es la excepción. Por ejemplo, Lee (1989) menciona que los constructos como el de autoeficacia y expectativa de resultado presentan dificultades de definición y medición y por lo tanto, no son útiles. Al respecto, Manning y Wright, en su estudio *Self-efficacy Expectancies, Outcome Expectancies, and the Persistence of Pain Control in Childbirth* (1983) también reconocieron la probabilidad de confundir ambas expectativas, asumiendo que estas operan simultáneamente y que pueden ser iguales o diferentes en magnitud y dirección en una misma situación. Reconocer cuando y como diferirán es potencialmente importante para poder predecir el comportamiento subsecuente.

No obstante, la teoría de la autoeficacia y la investigación realizada al respecto, ofrecen una perspectiva que es compatible con otros modelos y ha contribuido al estudio del control percibido y la competencia humana en por lo menos tres formas (Maddux, 1995):

1. Hacen una marcada distinción entre tres variables importantes relacionadas con el control personal y la motivación —expectativa de autoeficacia, expectativa de resultado y valor del resultado.
2. Enfatizan la medición de esas variables, especialmente de la autoeficacia, con un alto grado de especificidad conductual y situacional.
3. Proporcionan un modelo que explica el origen y los efectos del control percibido, las guías para el cambio de comportamiento y el aumento de ajuste y adaptación.

AUTOEFICACIA Y MODELOS SALUD

Los psicólogos han dedicado gran parte de su tiempo y se han esforzado por comprender por qué las personas realizan conductas que parecen ser autodestructivas, y fracasan, o no logran hacer, lo que saben que es bueno para ellos. Evidentemente esto incluye los comportamientos relacionados con la salud. Por lo tanto, comprender la teoría e investigación sobre el comportamiento saludable ayuda a entender el poderoso papel que juega la autoeficacia en los diferentes tipos de metas relacionadas con la salud (Maddux, 1995).

2.1. Comportamientos básicos de salud

Los tipos principales de conductas saludables que se han abordado en la investigación y que forman parte de las principales áreas de aplicación de la psicología de la salud son los de promoción, prevención, detección y rehabilitación (Maddux, 1995).

2.1.1. Promoción

Los comportamientos de promoción de la salud se refieren a las actividades que las personas llevan a cabo principalmente, porque desean *mantener o mejorar* su estado de salud actual más que por prevenir un daño a su salud (Matarazzo, Weiss, Herd, Miller y Weiss, 1984; Stanley y Maddux, 1986; Stokols, 1992). Estos comportamientos algunas veces se identifican como acciones que *acrecentan* la salud y se traducen en acciones de educación sanitaria, control de variables actitudinales, motivacionales y afectivo-emocionales, la generación de hábitos y estilos de vida saludables, el aprendizaje de habilidades y competencias básicas y actividades encaminadas a mejorar la salubridad ambiental (Godoy, 1999).

2.1.2. Prevención

Como tal, la prevención está más relacionada con la enfermedad que con la salud. En general, las conductas preventivas se refieren a aquellas acciones que las personas realizan o dejan de realizar con la finalidad de *reducir* el riesgo de futuros problemas de salud (Maddux, 1995).

Estas conductas, principalmente relacionadas con variables actitudinales, motivacionales y afectivo-emocionales tienen que ver con la modificación de conductas y hábitos de riesgo, modificación de las condiciones patógenas o insalubres del medio, detección e intervención precoz ante los problemas de salud, disminución de secuelas o consecuencias de la enfermedad, así como en la prevención de recaídas (Godoy, 1999).

Las conductas preventivas algunas veces también se refieren como conductas de *protección*. Algunos de los comportamientos preventivos como el uso del condón o el cinturón de seguridad son más fáciles de seguir que otros como los tratamientos de prevención o rutinas que implican múltiples acciones que deben ser realizadas sobre una base diaria o regular, por ejemplo, el régimen de autocuidado para la Diabetes Mellitus (Maddux, 1995).

2.1.3. Detección y Rehabilitación

Las conductas de evaluación o detección son las que proporcionan información sobre la presencia o ausencia de una condición no saludable. A diferencia de la prevención y la promoción, la detección no reduce directamente el riesgo de enfermar, ni aumenta el estado de salud. La información proporcionada por los comportamientos de evaluación influye en la salud sólo si el individuo la utiliza para tomar decisiones con respecto a su salud, como llevar a cabo acciones para la rehabilitación de un problema de salud específico, principalmente enfermedades cardiovasculares, inmunitarias, ginecológicas, sexuales, alimentarias, de lenguaje, sueño, adicciones, dolor crónico, cáncer, entre otras.

2.2. Modelos de comportamiento relacionados con la salud

Generalmente, la autoeficacia ha sido considerada de manera indirecta en diferentes modelos sociocognitivos de conductas saludables que han recibido la mayor investigación y apoyo empírico. A continuación se describen brevemente.

2.2.1. Modelo de creencias de salud

El modelo de creencias de salud fue desarrollado por psicólogos sociales en los años 50's en un intento por explicar la baja adherencia de las personas a los programas de salud pública, como el de inmunización y protección de tuberculosis.

La hipótesis original de este modelo considera necesarios cinco factores para que los individuos lleven a cabo conductas saludables: a) *motivación para la salud*, b) *vulnerabilidad percibida*, c) *severidad percibida*, d) *valoración diferencial de costos y beneficios* y e) *barreras percibidas para la acción*. Los primeros tres aspectos forman parte de la percepción de amenaza y los otros dos, de las creencias sobre la posibilidad de reducir la amenaza (Rosenstock, 1974).

De acuerdo al modelo, la probabilidad de ejecutar una acción es influida principalmente por señales o claves, éstas pueden ser *eventos internos*, como los síntomas; o *externos*, como las prescripciones médicas. Las señales pueden influir tanto en la toma de decisiones como en la realización de la acción.

El resultado de la valoración diferencial de costos y beneficios, es decir, el convencimiento de la eficacia de la intervención para el problema de salud, resulta muy semejante a las expectativas de resultado propuestas en la teoría de la autoeficacia. Además, tanto la motivación para la salud como las barreras percibidas para la acción son variables que de acuerdo con Bandura (1998) están mediadas por la autoeficacia.

2.2.2. *Teoría de motivación para la protección*

Originalmente la teoría de la motivación para la protección fue desarrollada para explicar las inconsistencias sobre el miedo y el cambio de actitud (Rogers, 1975), sin embargo, desde entonces, ha sido utilizada principalmente como un modelo de toma de decisiones relacionadas con la autoprotección de daños y eventos estresantes.

En esta teoría la decisión de llevar a cabo comportamientos relacionados, o no, con la salud, es influida por dos procesos cognitivos primarios: la *evaluación de la amenaza o daño* y la *evaluación del afrontamiento*.

En el primer proceso, se valoran los factores que influyen en la probabilidad de realizar comportamientos potencialmente no saludables (como fumar).

A su vez, esta evaluación es influida principalmente por la *vulnerabilidad y severidad* percibidas. Cuando éstas se incrementan, la probabilidad de un comportamiento no saludable disminuye, pero también, puede aumentar por las recompensas intrínsecas y extrínsecas que resultan de tal comportamiento.

Durante el proceso de la segunda evaluación se consideran los factores que influyen en la probabilidad de realizar un comportamiento preventivo recomendado, por ejemplo, hacer ejercicio. La valoración es influida por la eficacia de la respuesta, (estimación de la efectividad de una estrategia de afrontamiento para la prevención de riesgo en la salud) y la autoeficacia (Maddux, 1995).

En esta teoría además de la consideración explícita a la autoeficacia se observa una semejanza entre la eficacia de las respuestas y las expectativas de resultado.

2.2.3. Teoría de la acción razonada y el comportamiento planeado

Numerosos estudios señalan que el modelo de la teoría de la acción razonada (Fishbein y Ajzen, 1975) y su extensión, la teoría del comportamiento planeado (Ajzen, 1985; 1988), son útiles para comprender y predecir comportamientos saludables. Ambos modelos, asumen que las personas toman decisiones racionalmente respecto a su comportamiento apoyados en la información o creencias sobre el comportamiento y sus consecuencias, las consecuencias que ellos esperan y la importancia de éstas.

Además consideran que las *intenciones conductuales* son el determinante y predictor más importante del comportamiento. Tales intenciones, están en función de las actitudes hacia la conducta y meta en cuestión, y la percepción de las normas sociales con respecto al comportamiento. La medición de las actitudes consiste en evaluar las creencias relacionadas con las consecuencias esperadas, así como su importancia. Por otra parte, la evaluación de las normas sociales valora las creencias de las personas acerca de lo que otros (significativos para ellos) creen que deberían, o no, hacer. Esta evaluación, también incluye la motivación para cumplir con ello.

Particularmente, la teoría del comportamiento planeado, propone que los comportamientos difíciles de ejecutar y la predicción de las intenciones deben incluir una evaluación del control personal hacia la ejecución de la conducta. Ajzen (1985) señala que este control es similar a las expectativas de autoeficacia debido a que involucra las percepciones de los recursos personales y las oportunidades para realizar un comportamiento o lograr una meta.

Además, el principal énfasis en estos modelos es la medición específica del comportamiento, el contexto y la meta en cuestión, aspectos que Bandura también señala que deben ser claramente especificados en la medición de la autoeficacia.

2.2.4. Modelo integrado

James E. Maddux (1995) sugiere que debido a que la teoría del comportamiento planeado incluye los principales componentes de otros modelos bien podría, con simples, pero esenciales modificaciones, proporcionar una base importante sobre la cual construir un modelo integrado.

En consecuencia, propone que el comportamiento es el resultado de tres influencias: *las intenciones, la autoeficacia para el nuevo comportamiento y las normas sociales percibidas.*

Las intenciones son consideradas como el determinante más inmediato y poderoso. Sin embargo, éstas son influidas por la autoeficacia para el nuevo comportamiento, la actitud hacia el comportamiento nuevo y actual y las normas sociales percibidas.

En este modelo la autoeficacia influye en el comportamiento directa e indirectamente a través de su influencia sobre las intenciones.

2.2.5. Proceso de acción para la salud

Por su parte, Schwarzer (1992), después de hacer un análisis crítico de las teorías del comportamiento saludable identifica que estas han sido diseñadas sólo para explicar o predecir una intención conductual, o bien, para comprender porqué las personas fracasan en mantener los comportamientos saludables con los que se han comprometido. Por tal motivo, propone un modelo causal llamado *proceso de acción para la salud* que reconoce el rol superior de la autoeficacia e intenta reconceptualizar el proceso mediante el cual se adoptan estrategias de precaución, se cambian los hábitos perjudiciales para la salud y se mantienen comportamientos saludables deseados así como la abstinencia de conductas de riesgo.

La principal característica de este modelo es la distinción explícita entre un estado de toma de decisión o motivación y un estado de acción o mantenimiento.

En el primer momento, la toma de decisión, el individuo forma una intención para adoptar una medida de precaución o un cambio de comportamiento de riesgo. Schwarzer (1992), considera a las expectativas de resultado y de eficacia como los mejores predictores de la intención.

Sin embargo, también enfatiza que las denominadas *expectativas de resultado social* (un subconjunto de las expectativas de resultado semejantes a las normas sociales percibidas mencionadas en el modelo anterior) deben considerarse explícitamente como determinantes en esta fase. Además, señala que debe existir un nivel mínimo de amenaza o preocupación para que las personas comiencen a contemplar los beneficios de las posibles acciones saludables y reflexionen sobre su eficacia para ejecutarlas.

En la fase de acción, se describe cómo las personas persisten y por cuanto tiempo lo hacen, pues cuando una persona se decide por un comportamiento saludable, la intención tiene que ser transformada dentro de instrucciones detalladas (plan de acción) de cómo realizar la acción deseada. Los procesos de acción parecen no estar influidos por las expectativas de resultado sino por las de eficacia, las cuales participan en la construcción cognitiva de planes específicos. Schwarzer (1992) señala que las expectativas de resultado parecen más importantes en la formación de una intención que en el control de la acción, pero que la autoeficacia resulta crucial en ambas etapas.

Finalmente, el modelo incluye a las barreras y oportunidades situacionales. Pues considera que las acciones no solamente son el resultado de las intenciones y el control cognitivo, sino que también son influidas por el medio ambiente real y percibido.

2.2.6. La teoría sociocognitiva y el comportamiento saludable

De acuerdo a la teoría sociocognitiva, el comportamiento está gobernado por expectativas e incentivos (importancia subjetiva de un resultado u objeto en particular). Particularmente, en el campo de la salud, Bandura (1977; 1986) menciona que la probabilidad de que las personas adopten un comportamiento saludable depende de tres expectativas:

- a) *Expectativa situación-resultado*: creencia de que una situación es peligrosa (por ejemplo, fumar es dañino para la salud).
- b) *Expectativa de resultado*: percibir que el cambio en el comportamiento reduce el daño o la amenaza a la salud (dejar de fumar reduce el riesgo de cáncer).
- c) *Expectativa de autoeficacia*: creer que uno es lo suficientemente competente para adoptar el comportamiento positivo o abandonar el negativo (soy capaz de dejar de fumar).

Aunque la interacción entre las variables propuestas por la teoría sociocognitiva es compleja, Villamarín (1990) sintetiza a través de las siguientes declaraciones la manera en que las creencias de eficacia influyen en la salud:

- a) Como variables cognitivas motivacionales que regulan el esfuerzo y la persistencia en los comportamientos elegidos (los cuales también son influidos por la autoeficacia), incluyendo la adopción de conductas saludables, la disminución de conductas no saludables y el mantenimiento de los cambios conductuales al enfrentarse con desafíos y dificultades.
- b) Como mediadores cognitivos de las respuestas fisiológicas al estrés.

Maddux (1995) sugiere que debido a que los modelos propuestos son más similares que diferentes, la meta en las investigaciones relacionadas con la salud no debería ser la determinación de cual modelo es el mejor o cuáles variables son las más importantes, sino determinar la utilidad relativa de las variables en diferentes comportamientos y situaciones.

Existe un gran número de investigaciones sobre la relación entre autoeficacia y los comportamientos básicos de salud.

Por ejemplo, Seydel, Taal y Wiegman (1990) encontraron que las expectativas de resultado, así como las de autoeficacia, son buenos predictores de la intención para realizar conductas preventivas del cáncer de pecho.

También se han realizado estudios longitudinales respecto a la autoeficacia y la prevención y modificación de comportamientos de riesgo sexual. En un estudio realizado por McKusick, Coates, Morin, Pollack y Hoff (1990) se considera a la autoeficacia como el predictor más importante de dichos comportamientos.

Entre otras se encuentran *Efficacy theory its utility in arthritis rehabilitation: review and recommendations* por Marks, R. (2001) y *Reliability and validity of the self-efficacy and outcome expectations for osteoporosis medication adherence scales* por Resnick, B., Wehren, L. y Orwing, D. (2003).

Aunque la relación autoeficacia-salud puede ser mejor apreciada al entender el rol que juega la autoeficacia dentro un modelo comprensivo de acciones y decisiones dirigidas a la salud, de manera general, la probabilidad para involucrarse en ciertos comportamientos saludables esta asociada positivamente con la confianza en las propias creencias de eficacia.

2.3. Autoeficacia y Adherencia

Uno de los problemas más serios con que se encuentran los profesionales de la salud es la falta de *adherencia terapéutica*, entendiéndose por ésta el grado en que una conducta (en términos de tomar medicamentos, seguir dietas o ejecutar cambios en el estilo de vida) coincide con la indicación médica o de la salud (Meichenbaum y Turk, 1987).

El no adherirse al régimen prescrito afecta la salud en dos formas: de manera directa, altera o niega el valor de un tratamiento específico, e indirectamente, perturba la interacción del paciente con el médico, la familia, el trabajo y la vida misma (Massur y Anderson, 1988). Además, las consecuencias de la no adherencia implican grandes costos económicos ya que más del 10% de los ingresos hospitalarios se debe a esta causa (Masson, Massuyama y Jue, 1994).

Estas consecuencias se agravan cuando se habla de enfermedades *crónico degenerativas* que, de manera general, se caracterizan por:

- Un inicio gradual
- Duración indefinida o incurables
- Causación multivariada
- La intervención tecnológica comúnmente es imprecisa
- Diagnóstico y pronóstico incierto
- Frecuentemente tienen efectos adversos
- Necesitan de un manejo prolongado

El manejo apropiado de las enfermedades crónico degenerativas se basa en la relación entre el paciente y los profesionales de la salud, en la cual, cada uno asume diferentes responsabilidades. Por su parte, los profesionales de la salud pueden ayudar a los pacientes proporcionándoles información sobre su enfermedad y su tratamiento; sin embargo, el manejo apropiado de la enfermedad se vincula, en gran medida, con el automanejo. Es decir, los pacientes requieren aprender nuevas habilidades y asumir nuevas responsabilidades.

La creciente evidencia empírica indica que la eficacia percibida para afrontar las consecuencias de las enfermedades crónicas es un factor esencial para el desarrollo de capacidades de automanejo y puede ser rápidamente aumentada por las experiencias de aprendizaje apropiadas. En consecuencia, la autoeficacia es un importante atributo personal para el mantenimiento de la salud (Holman y Loring, 1992).

Varias investigaciones señalan la importancia de la autoeficacia en la adhesión a prescripciones médicas o de salud. Por ejemplo, desde 1984 Kaplan, Atkins, y Reinsch, observaron que las personas que sufrieron de obstrucción pulmonar crónica mejoraron el cumplimiento a los regímenes médicos después de recibir un entrenamiento en autoeficacia.

En el mismo año, Weinberger, Hughes, Critelli, England y Jakson, A. estudiaron la relación entre la autoeficacia para disminuir el peso y el abandono del tratamiento durante el curso de un macroprograma para el tratamiento de la obesidad en el que participaron 414 mujeres. La baja autoeficacia evaluada al principio del tratamiento resultó ser un buen predictor de la decisión de abandonar el programa de adelgazamiento.

En un estudio no publicado Schwarzer (1992) encontraron que la autoeficacia fue altamente correlacionada con las intenciones para adoptar un régimen de ejercicio.

2.3.1. Autoeficacia, Adherencia y Diabetes

Maddux (1995) menciona que el régimen de autocuidado para la DM proporciona un útil contexto para explorar el rol de las creencias de autoeficacia en relación con la adherencia a comportamientos preventivos.

En términos generales, la DM es una enfermedad crónico degenerativa caracterizada por la producción y metabolismo insuficiente de glucosa ((Cox y Gonder-Frederick, 1992).

Su manejo usualmente requiere de cambios en el comportamiento que incluyen un estricto programa de dieta, ejercicio, medicamento y automonitoreo de la glucosa en sangre que además, deben seguirse sobre una base diaria (Cox y Gonder-Frederick, 1992). La naturaleza multifacética de este tratamiento contribuye al problema del no cumplimiento. De hecho, el cumplimiento de un aspecto del régimen no garantiza el cumplimiento de los otros aspectos (Glasgow, McCaul y Schafer, 1987).

De los programas de autocuidado para la DM el de la dieta y ejercicio resultan ser los más difíciles de seguir (Schultz, 2001). Específicamente en la dieta no hay un método o estrategia que pueda ser uniformemente recomendado, una estrategia inicial para una dieta nutricionalmente adecuada es cuidar o mejorar la elección de las comidas, por ejemplo, reducir las grasas (especialmente las saturadas), espaciar las comidas y restringir moderadamente las calorías (250-500 calorías menos que el promedio diario de ingesta), entre otras (Burga, J., 2001).

La relación particular entre *adherencia* y *diabetes* ha cobrado gran importancia debido a que ésta última representa uno de los problemas de salud con mayor incidencia a nivel mundial, y México cada día tiene mayor población de diabéticos como consecuencia de una alimentación inadecuada, sedentarismo, herencia, obesidad o estrés además de otros factores de riesgo. De hecho, la DM ocupa la primera causa de muerte en la población en general, en la población de edad productiva y en las mujeres, y la segunda causa de mortalidad en la población de edad postproductiva y en los hombres (Secretaría de Salud, 2001). Además se estima que para el año 2025 más de 300 millones de personas tendrán DM tipo 2 (King, Aubert, Herman, 1998).

Algunos estudios consideran a la autoeficacia como una variable importante en la predicción, adquisición y mantenimiento de comportamientos de autocuidado para la DM, tal es el caso de Hurley y Schca, (1992) quienes señalan que el concepto autoeficacia se asocia con las conductas de autocuidado en las personas diabéticas insulínoddependientes. Los autores encontraron que las personas con altos niveles de autoeficacia fueron más capaces en llevar a cabo el autocuidado de su enfermedad.

Además, sugieren que los profesionales en diabetes sean alentados a incorporar el concepto autoeficacia en programas de enseñanza para ayudar a las personas a desarrollar sus propias estrategias para un adecuado manejo a largo plazo de su diabetes.

En otro estudio, realizado en el departamento de psicología del hospital de Toronto con 193 adolescentes diabéticos insulínoddependientes, Littlefield, Craven, Rodin, Daneman, Murray y Rydall (1992) pusieron a prueba la hipótesis de que la baja adherencia esta asociada con cuatro variables relacionadas con el autoconcepto: *autoestima*, *autoeficacia*, *depresión* y *falta de control*. Los resultados mostraron que los adolescentes con baja adherencia tendieron a reportar autoestima y autoeficacia bajas, más síntomas depresivos, falta de control y altos niveles de HbA1c (Hemoglobina Glucosilada) que aquellos con puntuaciones de alta adherencia.

Los investigadores concluyen que el tratamiento de adherencia en adolescentes con DM insulino dependiente esta asociada con variables conductuales y psicológicas y sugieren que las intervenciones cognitivas y conductuales específicas podrían ser usadas para mejorar la adherencia en aquellos individuos con poca confianza en su habilidad para realizar las tareas relacionadas con la diabetes.

En 1993, Kavanagh, Gooley y Wilson, en su artículo "Predicción de la adherencia y el control en la diabetes" mencionan que la autoeficacia fue un predictor significativo de la adherencia al tratamiento de la diabetes después de llevar a cabo mediciones del control de la diabetes, adherencia y autoeficacia en 63 pacientes adultos.

Por otra parte, White (2000), llevó a cabo un estudio considerando el constructo *autoeficacia* y el de *autoregulación* (de la Teoría de la autodeterminación) en relación con el autocuidado en la dieta y la satisfacción de la vida en 638 individuos con diabetes. Se propuso un modelo motivacional de autocuidado en la dieta para diabéticos, el cual postula vínculos directos entre la autoeficacia/autoregulación autónoma y adherencia/satisfacción de vida. El análisis realizado mostró que la autoeficacia estuvo significativamente asociada con la adherencia y la autoregulación autónoma, que con la satisfacción de vida. De acuerdo al modelo también se sugiere que las intervenciones para el autocuidado de la dieta y la satisfacción de vida deben centrarse en incrementar la autoeficacia y la autoregulación autónoma. Cabe señalar que dentro de la teoría de la autoeficacia se hace explícita la estrecha relación entre autoeficacia y autoregulación.

De hecho, Bloomgarden (2000), en su artículo presentado en el Décimo Séptimo Congreso de la Federación Internacional de Diabetes, enfatiza la recomendación de fortalecer la autoeficacia del paciente con diabetes para mejorar el autocuidado.

LA MEDICIÓN EN PSICOLOGÍA

Lo que hoy se conoce como psicometría es reciente, y en sí misma carece de historia debido a que surgió de diversas áreas que tienen en común la necesidad de herramientas y técnicas que hagan posible la medición (García, 1993).

La psicometría es una metodología que se refiere al desarrollo y empleo de las técnicas de medida en todos los aspectos de la psicología. La medición consiste en "reglas" para asignar símbolos a objetos de manera que: a) representen cantidades o atributos de forma numérica (escala de medición) o b) definan si los objetos caen en las mismas categorías o en otras diferentes con respecto a un atributo determinado (clasificación). Las reglas indican que la asignación de números debe establecerse de manera explícita y éstas a su vez, son un aspecto importante de la estandarización. El término atributo indica que la medición siempre implica alguna característica particular de los objetos (Nunally, 1995).

3.1. Antecedentes

Los primeros indicios del uso de las escalas de evaluación en Psicología se remontan hasta los años. 1000 a.C. en China cuando un emperador decide evaluar el grado de competencia de sus oficiales. Posteriormente, se sabe que los puestos en el gobierno eran cubiertos por personas con buenas puntuaciones en exámenes que abarcaban campos como la música, equitación, leyes civiles, escritura, entre otros, estos exámenes fueron reemplazados hasta 1905 por otros de tipo más tradicional. En 1575 Juan Huarte de San Juan publicó el libro "Examen de Ingenios para las Ciencias" donde se muestra la diferencia de habilidades que hay en los hombres según el género de letras que cada uno responde, por lo que es considerado un antecedente de la medida de las diferencias individuales y grupales, así como de la Psicología Científica.

Uno de los primeros intentos de utilizar métodos matemáticos para la medida de variables psicológicas, surgió de la Psicofísica de Weber y Fechner, quienes mediante una ecuación matemática relacionaron el mundo físico y el mundo psicológico; en ese mismo siglo, el astrónomo Friedrich Bessel y el médico Franciscus Cornelis, estudiaron las anomalías de la refracción y la acomodación del ojo mediante la Ley de Donders y utilizaron las matemáticas para unir lo físico y lo psíquico.

En la segunda mitad del siglo XIX y principios del siglo XX, Herman Hebbinghaus, utilizó las matemáticas en el aprendizaje humano y la memoria, mediante su ecuación para describir la cantidad del olvido en función del tiempo. En el Reino Unido, a fines del siglo XIX, Sir Francis Galton instala un laboratorio: Antropometric Laboratory, marcando el principio del estudio científico de las diferencias individuales y el nacimiento de los test sensoriales y motores.

En 1901 Galton, Pearson y Weldon fundaron la revista Biométrica y comienzan el tratamiento sistemático de las diferencias individuales en Psicología y Biología.

Entre dichos antecedentes pueden destacarse cuatro eventos importantes:

De 1887 a 1930, los trabajos matemáticos en Psicología son principalmente desarrollados por experimentalistas con alguna formación en física o ingeniería.

De 1930 a 1940, hay un gran auge de la Psicometría con Thurstone, así como un enfrentamiento entre la Psicometría y la Psicología Experimental; ya que la primera dirige sus investigaciones hacia el escalamiento de las representaciones multidimensionales de las respuestas a los reactivos de los cuestionarios y se aleja de los problemas tradicionales de la psicología experimental.

De 1940 a 1960, se restablece la relación entre la psicometría y la psicología experimental, sobre todo durante la segunda guerra mundial cuando matemáticos, ingenieros, físicos y psicólogos realizaron trabajos en conjunto y aparecieron en la Psicología nuevas temáticas como la cibernética, teoría de la información y teoría de la toma de decisiones.

A partir de 1960 surge el uso masivo de los ordenadores y la informática por los psicólogos, así como la utilización de modelos matemáticos cada vez más sofisticados para la representación de los fenómenos psicológicos (García, 1993).

Sin embargo, a pesar de lo avanzado de la tecnología y la utilización cada vez más frecuente de la estadística en las ciencias sociales, en la actualidad la psicología, en especial, en México, se enfrenta con el gran problema de carecer de instrumentos válidos y confiables diseñados para su población y utiliza como recurso la importación y adaptación de instrumentos extranjeros que muchas veces no resultan lo suficientemente útiles debido a las diferencias interculturales.

Se evidencia entonces la necesidad de instrumentos elaborados ex profeso adecuados a las características y necesidades de la población con que se trabaja (Balcázar y Gurroa, 2002).

3.1.1. Medición de la autoeficacia

La primera vez que se evaluó la autoeficacia fue en dos estudios (Bandura y Adams, 1977; Bandura, Adams y Beyer, 1977, cit. en Villamarín, 2003) realizados por el mismo Bandura. La evaluación se realizó con personas que estaban bajo tratamiento de desensibilización sistemática y varios procedimientos de modelado a consecuencia de la fobia a las serpientes. El test que se utilizó para evaluar la autoeficacia fue el de evitación/aproximación conductual que contenía 29 ítems que describían áreas de interacción con la serpiente ordenadas ascendentemente según el grado de dificultad y amenaza que representarían para el individuo. Las actividades iban desde acercarse a una caja de cristal donde estaba la serpiente hasta dejar que ésta se moviera libremente sobre el regazo mientras los pacientes mantenían los brazos caídos a los lados del cuerpo.

En cada una de las 29 tareas los pacientes tenían que señalar: a) si se sentían o no capaces de realizarlas –*nivel de autoeficacia*, y b) señalar en una escala de 0 a 100 (con intervalos de diez puntos) en qué medida se sentían capaces de hacerlo –*fuerza de la autoeficacia* (sólo si contestaban afirmativamente).

La puntuación de nivel de autoeficacia sería igual al número de ítems contestados afirmativamente, y la puntuación de fuerza al promedio de las puntuaciones de todas las escalas contestadas afirmativamente.

Para medir la generalización de la autoeficacia se pidió a los pacientes que evaluaran el nivel y la fuerza de sus expectativas para interactuar con una serpiente bastante distinta de la utilizada en el entrenamiento conductual.

Aunque considerar las tres dimensiones de la autoeficacia (nivel, fuerza y generalidad), como ese hizo en este caso, es lo más conveniente, no siempre es posible, por lo cual Bandura (1997) señala que si se tiene que restringir la medición de la autoeficacia a una única dimensión la más relevante es su *fuerza*.

Como anteriormente se dijo, las creencias de eficacia personal son un fenómeno multifacético, una alta autoeficacia en un campo determinado no necesariamente se acompaña de una elevada autoeficacia en otras áreas (DiClemente, 1986); por lo tanto, no existen medidas de autoeficacia para un propósito general (Bandura, 1998). De hecho, para que la autoeficacia pueda predecir y explicar un comportamiento su medición debe estar adaptada al campo de funcionamiento de interés, y representar diferentes grados de demanda. Esto requiere de una clara definición del dominio de interés y un buen análisis conceptual de sus diferentes facetas, los tipos de capacidades y el rango de situaciones en las cuales éstas capacidades pueden ser aplicadas.

El desafío puede ser graduado en términos del nivel de ingenio, precisión, autoregulación requerida u otras dimensiones de las demandas de ejecución. Algunas áreas de funcionamiento consideran principalmente la autoeficacia autoreguladora para guiarse y motivarse al hacer cosas que las personas saben cómo hacer pero la cuestión no es si uno puede hacerlo ocasionalmente, si no que se tenga la eficacia para hacerlo regularmente al enfrentarse con una variedad de condiciones atractivas.

A partir de esta primera evaluación generalmente el rango de capacidad percibida (autoeficacia) se mide en contraste con las dimensiones de las demandas de una tarea, las cuales representan varios grados de amenaza o impedimentos para una ejecución exitosa. Para aumentar la predictibilidad de la ejecución se puede precisar la medición de la autoeficacia incluyendo condiciones contextuales con amenazas o impedimentos adicionales para llevarla a cabo exitosamente (Bandura, 1998).

Algunos estudios sobre autoeficacia han pasado por alto estas consideraciones y han utilizando mediciones dudosas, algo que comúnmente sucede es que se confunden las expectativas de eficacia con las expectativas de resultado, se considera a la autoeficacia como la expectativa de lograr una meta (resultado deseado) más que como la creencia de que uno es capaz de ejecutar el comportamiento que permitirá el logro de ésta (Maddux, 1995).

Otras veces se ha pretendido obtener una medida de autoeficacia general o se utilizan sólo uno o dos reactivos para su evaluación (Villamarín, 1990).

3.2. Construcción de escalas

Para construir un instrumento es imprescindible tener claramente definido el rasgo que se desea medir y la relación que éste puede tener con la conducta observable. García (1993) propone las siguientes fases para la elaboración de un instrumento:

1. Análisis del rasgo

En primer lugar, antes de iniciar la tarea de construir un instrumento es preciso tener muy claro la diferencia entre el constructo de interés y aquellos que se piense que pueden ser relevantes (Torgenson, 1958).

Es decir, tener clara la naturaleza y las características del objeto que va a ser medido para que el instrumento de medida construido resulte adecuado. Esta fase ha de dar respuesta a la pregunta: ¿Qué se va a medir? y contestarse de forma operativa.

2. Elaboración del conjunto de ítems

Los ítems han de ser adecuados para explorar las conductas que pueden dar información sobre el rasgo sometido al proceso de medida. Conviene que el número de ítems sea suficientemente extenso como para poder tener un amplio margen de elección. Anstey (1976) recomienda un mínimo de tres veces el número de ítems de los que vaya a constar el instrumento.

3. Elección de ítems

Los ítems deben ser sometidos a dos tipos de análisis, a) *análisis subjetivo*: los ítems poco claros, de interpretación dudosa, con poca relación con el dominio de interés del instrumento, ambiguos, repetitivos, de sintaxis complicada, deben ser eliminados y b) *objetivo*: con base al análisis estadístico de los mismos hay que tener en cuenta los supuestos del modelo bajo el cual se construirá el instrumento.

4. Estudio de la confiabilidad

El instrumento ha de ser confiable, es decir, ha de ser constante en sus medidas y/u homogéneo. La *confiabilidad* se refiere al grado en que su aplicación repetida al mismo sujeto u objeto produce iguales resultados (Hernández, Fernández y Baptista, 2000).

Aunque existen diversos procedimientos para calcular la confiabilidad de un instrumento, todos utilizan fórmulas que producen coeficientes de confiabilidad, los cuales pueden oscilar entre 0 y 1, donde 0 significa nula confiabilidad y 1 representa un máximo de confiabilidad; entre más se acerque el coeficiente a 0 hay mayor error en la medición. Los procedimientos más utilizados para determinar la confiabilidad de un instrumento son:

1. *Medida de estabilidad* (confiabilidad por test-retest). En este procedimiento un mismo instrumento de medición es aplicado dos o más veces a un mismo grupo de personas, después de cierto periodo. Si la correlación entre los resultados de las diferentes aplicaciones es altamente positiva, el instrumento se considera confiable.
2. *Método de formas alternativas o paralelas*. En este procedimiento no se administra el mismo instrumento de medición, sino dos o más versiones equivalentes de éste. Las versiones son similares en contenido, instrucciones, duración y otras características y son administradas a un mismo grupo de personas dentro de un periodo de tiempo relativamente corto. El instrumento es confiable si la correlación entre los resultados de ambas administraciones es significativamente positiva.
3. *Método de mitades partidas o de las dos mitades*. Los procedimientos anteriores requieren cuando menos dos administraciones de la medición en el mismo grupo de individuos, en cambio, el método de mitades partidas requiere sólo una aplicación de la medición. Específicamente, el conjunto total de ítems o componentes es dividido en dos mitades y las puntuaciones o resultados de ambas son comparados. El instrumento es confiable si las puntuaciones de ambas mitades están fuertemente correlacionadas.
4. *Coefficiente alfa de Cronbach*. Este coeficiente requiere una sola administración del instrumento de medición, su ventaja reside en que no es necesario dividir en dos mitades a los ítems del instrumento de medición.
5. *Coefficiente KR-20*. Kuder y Richardson desarrollaron un coeficiente para estimar la confiabilidad de una medición, su interpretación es la misma que la del coeficiente alfa (Hernández, Fernández y Baptista, 2000).

El coeficiente de confiabilidad puede interpretarse de dos formas:

1. Como *estabilidad en la medida*

- a) Coeficiente de correlación entre dos repeticiones del mismo test (test-retest).
- b) Coeficiente de correlación entre dos formas paralelas de un mismo test (método de formas paralelas).

2. Como *consistencia interna* (en función de definir hasta que punto todos los ítems de un instrumento están midiendo lo mismo).

- a) Método de las dos mitades
- b) Coeficiente alfa de Cronbach (si todos los ítems o todas las medidas del instrumento no son estrictamente paralelas, el coeficiente alfa es una estimación por defecto del coeficiente de confiabilidad del instrumento) (García, 1993).

6. *Estudio de la validez*

Habrá que comprobar que el instrumento sirve realmente para medir aquello que con él se pretende medir. Esta comprobación ha de ser llevada a cabo mediante métodos subjetivos y con metodología estadística, dependiendo del tipo de validez que se vaya a estudiar.

En términos generales, la *validez* se refiere al grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir. Sin embargo, puede tener diferentes significados, lo cual, justifica su clasificación en tres tipos:

1) *Validez de contenido*: indica hasta que punto los ítems de un instrumento son una muestra adecuada del campo de interés del mismo. Es decir, que tanto se han tomado en cuenta los aspectos relevantes de una variable que se quiere someter a medición y de la que posteriormente se van a extraer conclusiones. Esta validez se basa en análisis racionales del contenido del instrumento (García, 1993).

Para establecerla validez de contenido de un instrumento, Crocker y Algina (1986) recomiendan los siguientes pasos:

1. Definir el campo o dominio de interés del instrumento.
2. Seleccionar un conjunto de "expertos" en el tema o la variable que se vaya a someter a medición.

3. Proporcionar un marco estructurado para el proceso de emparejar los ítems con los temas de interés de medición del instrumento.
4. Seleccionar los ítems adecuados a través del proceso de emparejamiento ítem-campo de interés.

La validez de contenido a su vez puede dividirse en:

- a) *Validez aparente.* Un test tiene validez aparente si mide aquello que realmente parece medir (Mosier, 1947). Esta validez queda establecida cuando "cualquiera" (desde un experto en teoría de los test hasta una persona susceptible de ser medida con el test) que examine el instrumento, llega a la conclusión de que mide el rasgo que se pretende medir.
- b) *Validez muestral.* Puede estudiarse en cuanto a la relevancia de los contenidos del instrumento, o en cuanto al estudio de hasta que punto el instrumento cubre su propio campo o dominio.
- c) *Validez curricular.* Se refiere a que el instrumento es representativo del programa completo que se ha seguido o garantiza los conocimientos necesarios para iniciar determinadas actividades.

2. *Validez de Criterio.* Se refiere al establecimiento de una relación estadística con un criterio en particular. Este tipo de validez tiene en cuenta la utilidad práctica de las medidas proporcionadas por un instrumento, implica poder poner en relación la medida obtenida de un sujeto o grupo de ellos a través de un instrumento (que se utilizan como predictor) con otra variable externa al propio inventario: el criterio.

Los pasos para llevar a cabo un proceso de validación de un instrumento en relación con un criterio determinado son los siguientes:

1. Identificar y definir la variable "criterio" y un método adecuado para medirla.
2. Elegir una muestra representativa de sujetos pertenecientes a la misma población para la que el instrumento este destinado.
3. Aplicar a dicha muestra el instrumento.

4. Medir la variable criterio en la misma muestra.
5. Determinar el grado de relación entre las puntuaciones obtenidas en el instrumento y en el criterio.

Este tipo de validez puede dividirse dependiendo de si el criterio se fija en el presente, el pasado o en el futuro y se denomina como validez concurrente, retrospectiva y predictiva, respectivamente.

3. Validez de constructo

Un constructo es una variable medida y que tiene lugar dentro de una teoría o esquema teórico. La validez de constructo se relaciona con la medición de atributos psicológicos y se refiere al grado en que una medición se relaciona consistentemente con otras mediciones de acuerdo con la hipótesis derivada teóricamente y que concierne a los conceptos (constructos) que están siendo medidos. Para llevar a cabo la validez de constructo son necesarias al menos éstas tres fases:

Especificación de las interrelaciones teóricas entre los conceptos.

Verificación de las relaciones empíricas entre las medidas de dichos conceptos.

Explicación e interpretación de cómo la evidencia empírica clarifica la validez de constructo de una medida particular.

6. Tipificación de los resultados

El proceso de tipificación (también llamado estandarización o normalización) del instrumento consiste en una serie de transformaciones de los resultados o de las puntuaciones directas obtenidas de la aplicación del instrumento de tal forma que éstos puedan interpretarse de manera correcta y adecuada.

7. Normas de aplicación

Para la correcta aplicación del instrumento es necesario disponer de una serie de instrucciones que hagan fácilmente comprensible a los sujetos a quienes se vaya a aplicar el instrumento la forma de llevarlo a cabo. Conviene que estén escritas de tal forma que sean siempre las mismas para todos los sujetos.

3.2.1. Construcción de escalas de autoeficacia

En el desarrollo de las escalas de eficacia los investigadores deben apoyarse de análisis conceptuales y del conocimiento de expertos; para identificar los niveles de amenaza o impedimentos que requiere la ejecución exitosa de la actividad a evaluar, se debe complementar la información con entrevistas, cuestionarios abiertos y/o estructurados (Bandura, 1997).

En las preguntas preliminares para construir escalas de autoeficacia autoreguladora, las personas son cuestionadas sobre las cosas que les dificultan realizar regularmente alguna (s) actividad (es) necesaria (s). En la escala formal los participantes juzgan su habilidad para superar los distintos obstáculos. Los impedimentos y desafíos deben incluirse en los ítems de eficacia para evitar efectos limitantes del instrumento. La medición vinculada con el dominio y contextos situacionales de la actividad revelan el patrón y grado de generalidad de las creencias de eficacia de las personas.

Para medir la fuerza de la autoeficacia pueden emplearse dos formatos. En el formato denominado de doble-juicio, las personas primero juzgan si pueden o no realizar una actividad determinada, después evalúan la fuerza de su eficacia percibida. En el formato de juicio-simple las personas solamente evalúan la fuerza de sus creencias de eficacia (para cada ítem) en una escala de 0 a 100 clasificados en intervalos de 10 unidades desde 0 (no poder hacerlo); atravesando grados intermedios de certeza, 50 (moderadamente seguro de poder hacerlo); hasta una seguridad completa, 100 (seguro de poder hacerlo) (Bandura, 1998). Este último formato proporciona esencialmente la misma información que el formato de doble-juicio y además su uso es más fácil y más conveniente. Algunos investigadores mantienen la misma estructura y descriptores de la escala pero emplean intervalos de unidades simples que van de 0 a 10.

Las escalas utilizadas para medir la autoeficacia son unipolares, parten desde 0 hasta una fuerza máxima y no incluyen números negativos porque un juicio de incapacidad (0) no tiene grados más bajos. Las escalas que emplean pocos intervalos deben ser evitadas porque son menos sensibles y menos confiables (Streiner y Norman, 1989), además pierden información diferencial que puede obtenerse si se incluyen de respuesta intervalos intermedios.

De manera preliminar las instrucciones deben establecerse utilizando juicios adecuados; las personas deben ser cuestionadas sobre los juicios de sus capacidades operativas actuales, no sobre sus capacidades potenciales o sus expectativas de capacidades futuras. Las instrucciones para la medición enfatizan la importancia de juicios sinceros.

En el caso de la eficacia autoreguladora, las personas juzgan la seguridad con la que pueden ejecutar una actividad regularmente sobre determinados periodos de tiempo (Bandura, 1997; Villamarín, 2003).

Para que lo anterior quede más claro se citará como ejemplo el formato de la escala de Bandura sobre la autoeficacia relacionada con el ejercicio físico que emplea la siguiente instrucción: *"Por favor evalúe su confianza de que puede continuar su programa de ejercicio sobre una base regular"*. posteriormente se describen 19 situaciones y las personas deben asignar un número desde cero (absolutamente no puedo) a 100 (seguro que puedo) a cada una. Algunos ejemplos de ítems de dicha escala son: *"Cuando me siento cansado"*, *"Durante un mal tiempo"* o *"Cuando tengo otros compromisos al mismo tiempo"* (Schwarzer, 1992). Una escala completa de autoeficacia relacionada con los hábitos alimenticios se muestra en el anexo 1.

3.3. Escalas de autoeficacia nacionales y extranjeras

Debido a que la autoeficacia es un concepto que ha ido cobrando relevancia progresiva dentro de la misma teoría sociocognitiva y en la investigación a estas alturas existen diferentes escalas para su medición en diferentes campos, sin embargo, la gran mayoría son de lengua inglesa. En el campo de la salud podemos encontrar escalas de autoeficacia relacionadas con (Villamarín (2003):

El hábito de fumar: Cuestionario de autoeficacia y expectativas de resultados sobre la conducta de mantenerse sin fumar de Limonero, J.; Prieto, L., y Villamarín, F., 1991.

La ingestión de alcohol: cuestionario que mide la autoeficacia para no ingerir alcohol ante situaciones de presión social, beber oportunista y emociones negativas de Younh, Oei y Cook, 1991.

La dieta: se encuentran dos cuestionarios, uno de Gliynn y Ruderman (1986) y otro de Stotland y Zuroff (1991) pero no se presentan especificaciones.

La prevención de VIH: cuestionario de autoeficacia sobre VIH/sida de Kalichman y Nachinson (1999)

La actividad física: Cuestionario de autoeficacia para el ejercicio físico de C.K. Ewart y C. B Taylor, 1985 y adaptado por M. Álvarez y F. Villamarín, 1998.

En lo que respecta al desarrollo de escalas para población con Diabetes Mellitus se pueden encontrar las siguientes: *Validation of scale measuring environmental barriers to diabetes-regimen adherence* por Irvine, A.A., Saunders, J.T. Blank, M.B. and Carter W.R. (1990); *The psychometric properties of the diabetes management self-efficacy scale for patients with type 2 diabetes mellitus* desarrollada por Bijl, J.; Poelgeest, A. y Shortridge, L. (1999), *Reliability and validity of a measure of perceived diabetes and dietary competence in African American women with type 2 diabetes* por Samuel-Hodge, C.D., DeVellis, R.F., Ammerman, A., Keyserling, T.C. y Elasy, T.A. (2002).

En nuestro país existen pocas investigaciones sobre autoeficacia y mucho menos vinculadas con la construcción de escalas. Los ejemplares más recientes en el área de la salud son el trabajo de López Rosales y Moral de la Rubia (2001) y el de Urquidí Treviño, Montiel Carvajal y Littlewood Denogean (2002).

El primer estudio señalado tuvo como objetivo estudiar la validez, consistencia interna y estructura factorial de la escala Self-Efficacy for AIDS (de 27 reactivos) adaptada por los mismos autores para población mexicana. La muestra estuvo conformada por 964 adolescentes de Monterrey, N.L. y los resultados mostraron que la adaptación de la escala es válida y confiable para la medición de la autoeficacia sexual en la prevención del VIH.

En el segundo estudio el objetivo fue evaluar las creencias mediadoras de las conductas de riesgo (relacionadas con el uso del condón y de la práctica de la prueba de Papanicolaou) asociadas a contraer cáncer cérvico uterino. La escala incluyó, además de las variables del modelo de creencias de salud, las variables *locus de control* y *autoeficacia*. Esta investigación se realizó con 192 mujeres que asistían a servicios públicos de salud del Estado de Sonora. En los resultados se observa que la escala contiene seis relacionados con la autoeficacia, tres para el uso del condón y tres para la modificación del comportamiento sexual.

Al respecto se observó que los reactivos son muy generales e incluso, en dos de ellos (“es difícil que cambie mi comportamiento sexual” y “Es imposible cambiar a mi pareja”) son oraciones declarativas en las que no queda claro que capacidad se requiere evaluar. Sin embargo, el que se hayan incluido reactivos relacionados con la autoeficacia habla del reconocimiento que empieza a tener como variable mediadora del comportamiento dentro de la investigación nacional.

3.2.2. Generalidades

Los siguientes puntos hacen referencia a los aspectos más relevantes que deben tomarse en cuenta para la elaboración de escalas, específicamente de autoeficacia.

- Sólo son susceptibles de medirse aquellos constructos que previamente hayan sido operativamente definidos.
- La medida será tanto más válida, cuanto más fuerte sea la relación existente entre un constructo teórico y su operacionalización (Torgenson, 1958).
- La medición de la autoeficacia frecuentemente se enfoca sobre su fuerza debido a que ha demostrado ser el aspecto más importante.
- En la metodología estándar para medir las creencias de eficacia se presentan ítems que describen diferentes niveles de demandas de la tarea y las personas evalúan la fuerza de sus creencias en su habilidad para ejecutar las actividades requeridas para cada una (Bandura, 1998).
- Los ítems son elaborados en términos de lo que *se puede hacer* (juicio de *capacidad*) más no de lo que *se hará* (declaración de *intención*). Cada ítem de una escala para evaluar autoeficacia en determinado dominio conductual debe tener especificidad conductual, situacional y temporal (Maibach y Murphy, 1995 cit. en Villamarín, (2003)
- Los puntajes de la fuerza de autoeficacia se suman y se dividen entre el número total de ítems para indicar la fuerza de la autoeficacia en el dominio de la actividad. La medición del nivel de eficacia puede ser extraído seleccionando un valor límite bajo en el cual la mayoría de las personas se juzgan incapaces de realizar una actividad determinada.

- Las mediciones de autoeficacia obtienen validez de su éxito demostrado en la predicción de los efectos especificados por la TS de la cual se deriva el concepto (Bandura, 1998).

A pesar de la utilidad que ha demostrado el concepto de autoeficacia como variable mediadora y predictora del comportamiento, y de la información metodológica que existe para la construcción de escalas, no se cuenta con instrumentos válidos para población mexicana que midan la autoeficacia para el cumplimiento de la dieta en pacientes con DM. Por lo anterior se plantean los siguientes objetivos de investigación.

OBJETIVO GENERAL

Construir y estimar la validez de contenido y consistencia interna de una escala de autoeficacia para el cumplimiento de la dieta prescrita a pacientes con Diabetes Mellitus.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Explorar las barreras percibidas por los pacientes con diabetes mellitus para cumplir con la dieta prescrita por el profesional de la salud.
- Elaborar una escala de autoeficacia para el cumplimiento de la dieta prescrita a pacientes con diabetes mellitus.
- Determinar la validez de contenido y consistencia interna del instrumento elaborado.

PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las barreras que los pacientes con DM perciben para llevar a cabo la dieta recomendada para el control de su enfermedad?

¿Tiene validez de contenido la escala elaborada?

¿Qué nivel de confiabilidad tiene la escala elaborada?

¿Es sensible la escala a las diferencias en la percepción de eficacia entre las personas de la muestra estudiada?

¿La percepción de autoeficacia que tienen las personas con DM influye en el cumplimiento de la dieta prescrita para el control de su enfermedad?

DISEÑO

Se utilizó un diseño Transeccional Descriptivo.

VARIABLE:

Autoeficacia (definición conceptual): es la creencia de que uno es capaz de realizar exitosamente determinado comportamiento (Bandura, 1977).

Autoeficacia (definición operacional): la creencia de que uno es capaz de cumplir la dieta recomendada por el profesional de la salud para controlar la elevación de glucosa en sangre.

MÉTODO

La investigación se llevó a cabo en dos etapas, en la etapa I se obtuvieron las barreras percibidas por los pacientes con DM para cumplir con la dieta recomendada por el profesional de la salud para el control de su enfermedad, en la etapa II se elaboró la escala y se realizaron los análisis psicométricos pertinentes. A continuación se describe la metodología empleada para cada una de las etapas

Etapa I: Construcción de la Escala

Obtención de barreras

Sujetos: mediante un muestreo por conveniencia se conformó un grupo de 10 sujetos (7 mujeres y 3 hombres) con una media de edad de 59.5. Los pacientes eran participantes del taller "Manejo de estrés para pacientes diabéticos" que se impartió en la Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 21 del IMSS. Los criterios de selección fueron:

Criterios de inclusión:

- Diagnóstico de Diabetes Mellitus tipo 1 o 2
- Edad mínima de 40 y hasta 65 años
- Indicación de la dieta por un profesional de la salud
- Participación voluntaria en la entrevista

Criterios de exclusión:

- No completen los datos de la entrevista

Instrumentos: se utilizó una entrevista estructurada dividida en tres secciones: A) Datos generales, B) Barreras percibidas y C) Cuestionario de experiencias (Anexo 2).

Procedimiento: en el auditorio de la UMF se pidió la colaboración de los pacientes para contestar la entrevista. Para esta actividad se contó con el apoyo de algunos compañeros previamente informados sobre el propósito y manejo de la entrevista. La aplicación fue individual.

Redacción de reactivos

Procedimiento:

- a) Para la elaboración de los reactivos se agruparon las barreras reportadas por los 10 sujetos de acuerdo a la semejanza entre cada situación, por ejemplo: fiestas y cumpleaños se consideraron como eventos de naturaleza semejante. Se tomaron en cuenta todas las barreras reportadas por lo menos dos veces con la intención de que la escala contuviera especificidad situacional o contextual.
- b) Los reactivos e instrucciones fueron redactados considerando las recomendaciones de Bandura (1998; 2001), por lo cual, se agregaron 3 situaciones diferentes a las reportadas por los pacientes (reactivos 14, 15 y 16), obteniendo así, el primer formato de la escala (Anexo 3).

Validación de la escala a través de juicio de expertos.

Sujetos: se recurrió a tres jueces expertos en psicometría y en la Teoría de Autoeficacia con disponibilidad de participar en el proceso de validación. Todos ellos docentes de la carrera de Psicología en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.

Materiales: se utilizó el primer formato de la escala, la cual contenía 18 reactivos cuyas opciones de respuesta iban de 0 (totalmente incapaz de poder hacerlo) a 10 (totalmente seguro (a) de poder hacerlo).

Procedimiento: al primer formato de la escala se le agregaron dos columnas al lado derecho en la que los jueces anotaron a) la puntuación de cada reactivo según el grado en que consideraban que éstos realmente evaluaban la eficacia percibida para el cumplimiento de la dieta recomendada para el control de la DM (validez de contenido) y b) los comentarios o sugerencias para cada reactivo. Se añadió una hoja con la descripción general de la escala (objetivo, forma de elaboración), así como la petición a los jueces para su evaluación e indicaciones específicas de la escala que debían utilizar (0-10) para evaluar cada reactivo.

Todos los reactivos obtuvieron una puntuación promedio por arriba de 8 que fue el criterio previamente establecido para su inclusión en la escala. Sin embargo, considerando las primeras observaciones realizadas por los jueces se realizaron algunas modificaciones: se agregó la palabra “cuando” a la oración inicial eliminándola del principio de cada reactivo; se realizaron ligeras modificaciones de redacción excepto en los reactivos 2, 7, 10 y 12 que permanecieron intactos. Las instrucciones y forma de respuesta quedaron igual. Posteriormente se recurrió a los jueces para una segunda evaluación y tomando en cuenta los comentarios se llevaron a cabo las siguientes modificaciones: la oración inicial se cambió por “*Me siento capaz de cumplir con mi dieta cuando...*”; el reactivo 3 se hizo más específico en tanto que el reactivo 8 se integro al 12 y, los reactivos 17 y 18 se eliminaron.

Piloteo

Sujetos: la muestra estuvo conformada por 11 sujetos (9 mujeres y 2 hombres) seleccionados de manera intencional bajo los mismos criterios antes mencionados y con previo consentimiento de las autoridades responsables del taller “Manejo del estrés”. La edad promedio de los sujetos fue de 52 años.

Instrumentos: se utilizó el formato de la escala con las modificaciones antes especificadas (Anexo 4).

Procedimiento: en el auditorio de la UMF No. 21 del IMSS se pidió la colaboración de los pacientes con DM para contestar la escala. Para la aclaración individual de cualquier duda sobre la escala se contó con el apoyo de algunos compañeros previamente informados sobre el manejo de ésta y el propósito del piloteo. Debido a las observaciones derivadas del piloteo, se hicieron las siguientes modificaciones, la principal dificultad fue manejo de escalas numéricas.

a) Instrucciones:

A continuación se presenta una serie de situaciones que pueden hacer difícil el cumplimiento de la dieta recomendada para el control de su Diabetes. Por favor, señale con una cruz su grado de acuerdo o desacuerdo considerando su capacidad para cumplir su dieta en cada una de las siguientes situaciones.

Recuerde que este cuestionario no es un examen, sólo requiere que usted conteste de manera honesta y precisa; *sus respuestas son confidenciales.*

b) Forma de respuesta:

Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	No se aplica a mí
--------------------------	---------------	------------	-----------------------	-------------------

c) Reactivos:

Con el objetivo de que los sujetos recordaran que a cada reactivo le precedía la oración inicial se agregaron puntos suspensivos al inicio de cada uno de estos.

Ejemplo: 1. ...*salgo de viaje.*

Etapa II: Aplicación de la Escala

Sujetos: se aplicó la escala a 151 sujetos afiliados a diferentes UMF del IMSS, en su mayoría del estado de México, considerando los mismos criterios que en la etapa 1 con excepción de la edad. En esta etapa se incluyeron personas desde 36 años debido a que esto no interfería con el objetivo del estudio. Algunos de los sujetos, además de ser pacientes del IMSS, formaban parte de los grupos denominados diabéticos anónimos.

Instrumento: se utilizó una entrevista conformada por tres apartados (Anexo 5):

- a) Datos generales; aspectos sociodemográficos y clínicos del paciente.
- b) Escala de Autoeficacia para el cumplimiento de la dieta en pacientes con DM.
- c) Cuestionario de experiencias relacionadas con la dieta del paciente.

Procedimiento: se acudió a diferentes clínicas en las que existían grupos de pacientes con DM previamente formados y se solicitaba el apoyo de las autoridades correspondientes para la aplicación del cuestionario. Al grupo de pacientes se informaba sobre el propósito del estudio y la importancia de su participación. Finalmente se procedía a la aplicación colectiva del cuestionario y, en el caso de las personas que solicitaban apoyo, la aplicación fue individual.

PLAN DE ANALISIS

Los análisis realizados se muestran de acuerdo a los apartados A, B y C de la entrevista aplicada a los sujetos del estudio.

Apartado A: Datos generales

Con el propósito de conocer si existían diferencias significativas respecto a las variables sociodemográficas entre los sujetos incluidos en la muestra (101) y aquellos que fueron excluidos (50) se realizaron los siguientes análisis; para las variables nominales (sexo, estado civil, grado de escolaridad y ocupación) se empleó la prueba *Chi-cuadrada*; para las variables numéricas (edad y edad de diagnóstico) se utilizó una *t* de *Student* para muestras independientes y, en el caso del tiempo de diagnóstico, se calculó la *U* de *Mann-Whitney*. De igual manera se analizaron las posibles diferencias entre hombres y mujeres en ambos grupos.

Sólo para los sujetos de la muestra se utilizó estadística descriptiva y se exploraron las posibles relaciones entre las variables antes mencionadas con el coeficiente de correlación de Pearson.

Apartado B: Análisis psicométrico

Para identificar una posible estructura factorial de la escala se llevó a cabo un análisis de factor por el método de componentes principales con rotación Varimax. Posteriormente se realizó un análisis de la consistencia interna de todos los reactivos y para la escala en su totalidad mediante la prueba *alfa de Cronbach*.

La puntuación de la escala se obtuvo sumando los valores asignados a cada opción de respuesta (0 *No se aplica a mí*; 1. *Totalmente en desacuerdo*; 2. *En desacuerdo*; 3. *De acuerdo* y 4. *Totalmente de acuerdo*).

Con la prueba *t* de *Student* se exploró la capacidad discriminante de cada reactivo y de la prueba en su totalidad, para el primer caso se compararon las medias de cada ítem entre los sujetos con los puntajes más bajos (cuartil 1) con las de los más altos (cuartil 4); en el segundo caso, se consideraron los puntajes totales de la escala. También se analizaron los puntajes entre hombres y mujeres con la misma prueba.

Apartado C: Cuestionario de experiencias

Para las preguntas 1 y 4 se obtuvieron las *frecuencias* de acuerdo a las opciones de respuesta (sí/no/no aplica). Para las demás preguntas se reagruparon las opciones de respuestas en dos categorías (sí/no) para una mejor descripción de los datos. En todas las respuestas se obtuvieron *frecuencias y porcentajes* de acuerdo al sexo. Se utilizó la prueba *Chi-cuadrada* para comparar las respuestas entre hombres y mujeres. En las preguntas (3, 5 y 6) que requerían especificar si se referían a un familiar o amigo, también se calcularon frecuencias. En el caso de las preguntas 7 y 8 (relacionadas con las emociones reportadas por los sujetos), las respuestas fueron categorizadas considerando su naturaleza y posteriormente se obtuvieron sus frecuencias.

Relaciones Estudiadas

Finalmente, se analizaron las posibles relaciones entre las puntuaciones de la escala y los datos del apartado A y el apartado B utilizando la prueba *t de Student* y el análisis de varianza (AVAR), según las características de las variables.

RESULTADOS

En total se entrevistó a 151 personas de las cuales sólo 101 conformaron la muestra. A pesar de esto se sobrepasó la cuota mínima establecida de 5 sujetos por reactivo (80 sujetos).

Apartado A: Datos generales

Al comparar las características sociodemográficas de los sujetos que fueron excluidos (50) y los que conformaron la muestra (101) no se encontró ninguna diferencia significativa.

En general los sujetos de la muestra tenían diagnóstico de diabetes mellitus *tipo 2*: 76.2% eran mujeres y 23.8% hombres. Sus edades fluctuaron entre 36 y 78 años ($\bar{X}=56.17$; *d.e.* = 9.68); en su mayoría eran casados (67.3%); con grado de escolaridad básico (55.4%) y con dieta, ejercicio y medicamento como medidas de control de su enfermedad (63.4%). El tiempo promedio transcurrido desde que recibieron el diagnóstico de DM al momento de la entrevista fue de ocho años, la edad promedio en que los diagnosticaron fue de 48 años (*d.e.* = 10.29), estos datos se muestran en la tabla 1.

Además se encontró una asociación significativa entre el **sexo** y las variables **estado civil** ($p=.006$); **grado de escolaridad** ($p=.009$) y **ocupación** ($p=.000$); es decir, con respecto a lo esperado por azar predominaron los hombres casados, con estudios de secundaria y que trabajaban. En el caso de las mujeres, la mayoría eran solteras o viudas, sin escolaridad o sólo primaria y dedicadas al hogar.

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de la muestra estudiada

	Hombres		Mujeres		Total	
	n	(%)	n	(%)	N	(%)
Edad (años)	24	23.8	77	76.2	101	100
	$\bar{X}=56.16$ (d.e.=8.69)		$\bar{X}=56.18$ (d.e.=10.03)		$\bar{X}=56.17$ (d.e.=9.68)	
	$t=-.007$ (99); $p=.995$					
Tiempo de diagnóstico (años)	$\bar{X}=8.83$ (d.e.=5.98)		$\bar{X}=7.77$ (d.e.=6.35)		$\bar{X}=8.02$ (d.e.=6.25)	
	$U=820$; $p=.408$					
Edad de diagnóstico (años)	$\bar{X}=47.08$ (d.e.=9.76)		$\bar{X}=48.37$ (d.e.=10.49)		$\bar{X}=48.07$ (d.e.=10.29)	
	$t=.536$ (9); $p=.593$					
Estado Civil						
Soltero	0	0	8	10.4	8	7.9
Casado	23	95.8	45	58.4	68	67.3
Separado	1	4.2	4	5.2	5	5
Viudo	0	0	20	26	20	19.8
	$\chi^2=12.5$ (3); $p=0.006$					
Escolaridad						
Sin escolaridad	0	0	11	14.5	11	11
Primaria	11	45.8	45	59.2	56	56
Secundaria	10	41.7	10	13.2	20	20
Prepa/bachillerato o más	3	12.5	10	13.2	13	13
	$\chi^2=11.4$ (3); $p=0.009$					
Ocupación						
Hogar	0	0	67	87	67	66.3
Trabaja fuera de casa	20	83.3	10	14.3	30	29.7
Jubilado	4	16.7	0	0	4	4
	$\chi^2=64.2$ (2); $p=0.000$					

Apartado B: Escala de autoeficacia

El análisis factorial dio una solución inicial de 5 factores que explicaron el 57.5% de la varianza total del instrumento. Se observó que en dos de los factores (f3 y f5) los reactivos agrupados eran congruentes. Es decir, en el factor tres se agruparon los reactivos (2, 4 y 8), los cuales comparten la característica de comer fuera de casa. Por el contrario, los reactivos agrupados en el factor cinco se referían a la situaciones en que la persona pasaba más tiempo en casa, sin embargo, sólo contenía dos reactivos (13 y 14), ver tabla 2. debido a que los demás factores (1, 2 y 4) fueron inconsistentes en su contenido se decidió tratar a todos los reactivos como un sólo constructo. La matrix factorial (con rotación varimax) se observa en la tabla 2.

Tabla 2. Resultados del Análisis de Factores principales

Reactivos	Carga factorial				
	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5
15	.783	-2.746-E02	.155	-1.859-E02	.452
12	.688	.198	-5.829-E02	-.101	-.155
11	.681	6.323-E02	-9.463-E02	-1.918-E02	.225
3	.503	-7.784-E02	.273	.343	-.393
1	-7.475E-02	.818	.200	.124	.118
5	4.969E-02	.766	.199	1.687E-02	-.294
6	.223	.669	-4.633-E02	-5.292-E02	.149
8	-7.966-E02	7.934-E02	.718	.137	-1.288-E02
4	.195	8.348-E02	.645	-1.902-E03	-.294
2	1.602-E02	.353	.574	.124	.217
10	-6.957-E02	3.523-E02	.268	.640	9.594-E02
9	.431	.398	-4.259-E02	.598	-3.214-E02
16	.403	.138	.216	-.539	.324
7	2.486-E02	1.314-E02	.419	.496	.359
14	.419	2.103-E02	.155	-1.859-E02	.452
13	.111	.103	-9.981-E02	7.788-E02	.717

En el análisis de consistencia interna se obtuvo un coeficiente alfa de Cronbach de 0.7232. Se observó que el reactivo 13 tuvo la correlación más baja con el resto de la escala (.1606), al excluirlo el coeficiente se elevó marginalmente a 0.7237, que indica una consistencia interna moderada.

Respecto a las calificaciones de la escala los puntajes fluctuaron entre 9 y 60. La puntuación promedio fue de 35 y la calificación con mayor frecuencia fue de 37 .

La distribución percentilar utilizada para el análisis discriminante de la escala se muestra en la tabla 3. Como resultado de este análisis se encontraron diferencias significativas en todos los reactivos, excepto en el 13 (.250 (49); $p=.908$), considerando esto y el valor alfa para este reactivo se decidió por excluirlo de la versión final de la escala. Al realizar el análisis discriminante para todo el instrumento también se encontró una diferencia estadísticamente significativa $t = -13.381 (49) p=.000$. sin embargo, no se encontró ninguna diferencia al comparar los puntajes obtenidos en relación al sexo.

Tabla 3. Distribución percentilar de los puntajes totales de la escala

<i>Percentil</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
1	26	25.7
2	31	30.7
3	19	18.8
4	25	24.8

La distribución percentilar de los puntajes de la escala puede utilizarse para una primera aproximación a las normas del instrumento. La Tabla 4 muestra la estadística descriptiva básica del instrumento.

Tabla 4. Estadística básica del instrumento

N	101	
Media	35.0693	
Mediana	36.0000	
Desviación estándar	8.5782	
Rango	51.00	
Mínimo	9.00	
Máximo	60.00	
Percentiles	25	29.0000
	50	36.0000
	75	40.5000

Apartado C: Cuestionario de experiencias

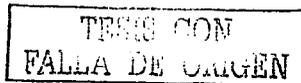
Respecto a las respuestas del apartado C se encontró que el 37.6% de los sujetos reportaron que no habían tenido la indicación de seguir una dieta antes de la prescrita para el control de la DM. El 73.3% consideró que sí cumplía con la dieta indicada.

El 59.5% convivía con personas que tenían una dieta prescrita, de los cuales, sólo 42.6% consideró que esas personas sí la llevaban a cabo. Por otra parte, aunque el 82.2% de las personas reportaron que sí recibían aliento para cumplir con la dieta indicada para el control de su enfermedad un 52.6% también recibía llamadas de atención o regaños por la forma en que llevaban su dieta. El 84.65% reportó tener emociones o sensaciones físicas agradables como alegría, satisfacción, tranquilidad, ligereza, entre otras, cuando sí cumplían con la dieta, la respuesta más frecuente fue bienestar (41.2 %).

Por último, el 72.3% reportó emociones o sensaciones físicas desagradables cuando no lograban seguir su dieta, entre las respuestas estuvieron: culpa, tristeza, enojo y marcos, la respuesta más frecuente fue malestar (40.0%). En ningún caso se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres. Los resultados de éstos análisis se muestran en la tabla 5.

Tabla 5. Frecuencias de las respuestas del apartado C

	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
	24	23.8	77	76.2	101	100
1. ¿Anteriormente cumplió con alguna dieta que le fue indicada?						
Si	8	33.3	29	37.7	37	36.6
No	5	20.8	18	23.4	23	22.8
No he tenido otra dieta	10	41.7	28	36.4	38	37.6
$\chi^2 = .280 (2); p = 0.869$						
2. ¿Actualmente considera que cumple la dieta indicada para el control de su diabetes?						
Si	20	83.3	54	70.1	74	73.3
No	4	16.7	22	28.6	26	25.7
$\chi^2 = 1.430 (1); p = 0.232$						
3. ¿Actualmente convive con personas que tengan la indicación de seguir una dieta?						
Si	18	75.1	42	54.6	60	59.5
No	6	25	35	45.5	41	40.6
$\chi^2 = 3.174 (1); p = 0.075$						
4. ¿Considera que esas personas cumplen su dieta?						
Si	13	54.2	30	39	43	42.6
No	5	20.8	11	14.3	16	15.8
No aplica	6	25	34	44.2	40	39.6
$\chi^2 = 3.128 (2); p = 0.209$						



	Hombres		Mujeres		Total	
	n	%	n	%	n	%
5. ¿Actualmente alguien lo anima para que cumpla con la dieta indicada para el control de su diabetes?						
Si	21	87.5	61	79.2	82	81.2
No	3	12.5	16	20.8	19	18.8
$\chi^2 = 8.18 (1); p = 0.366$						
6. ¿Actualmente alguien le llama la atención o regaña con respecto a la forma en que lleva su dieta?						
Si	11	45.8	42	54.6	53	52.6
No	13	54.2	35	45.5	48	47.5
$\chi^2 = .557 (1); p = 0.456$						
7. ¿Tiene alguna sensación física o emoción agradable cuando sí cumple con su dieta?						
Si	18	75	62	80.6	80	84.6
No	5	20.8	13	16.9	18	17.8
$\chi^2 = .195 (1); p = 0.659$						
8. ¿Tiene alguna sensación física o emoción desagradable cuando no cumple con su dieta?						
Si	16	66.8	57	74.1	73	72.3
No	7	29.2	16	20.8	23	22.8
$\chi^2 = .732 (1); p = 0.392$						

Relaciones estudiadas

Respecto a las variables demográficas no se encontró ninguna relación positiva significativa con el puntaje de la escala de autoeficacia. Sin embargo, en la variable *tiempo de diagnóstico* se obtuvo una correlación negativa significativa ($r = -.21; p < .05$), es decir, a mayor tiempo de diagnóstico menor autoeficacia para el cumplimiento de la dieta.

En las correlaciones entre las respuestas del apartado C y los puntajes totales de la escala se encontraron dos diferencias significativas. La primera fue entre quienes contestaron afirmativamente a la pregunta 2 ("¿Actualmente considera que cumple con la dieta indicada para el control de su diabetes?") y quienes lo hicieron de forma negativa ($t_{98} = -3.348; p = .001$). Es decir, las personas que reportaron que sí cumplían la dieta tuvieron una autoeficacia significativamente mayor que quienes señalaron lo contrario. La segunda diferencia se observó entre las personas que reportaron la ocurrencia de alguna sensación física o emoción agradable por cumplir con su dieta, es decir, quienes reportaron alguna emoción positiva cuando cumplían con la dieta calificaron significativamente más alto en autoeficacia ($t_{99} = -3.069; p = .003$) comparados con quienes contestaron negativamente. En la tabla 6 se pueden observar estos resultados junto con las calificaciones promedio y desviaciones estándar del puntaje de la escala obtenidas en cada reactivo.

**Tabla 6. Resultados del análisis de las calificaciones de autoteficacia
Para cada reactivo del apartado C.**

Pregunta	Opciones	n	media (s.d.)	Estadístico de prueba
1. ¿Anteriormente cumplió con alguna dieta que le fue indicada?	No he tenido otra dieta	38	35.6 (7.3)	$F_{(2,95)}=0.69; p=0.5$
	Si	37	35.5 (9.05)	
	No	23	33.1 (10.05)	
2. ¿Actualmente considera que cumple la dieta indicada para el control de su diabetes?	Si	74	36.6 (8.07)	$t_{(98)}=-3.35; p=0.001$
	No	26	30.3 (8.50)	
3. ¿Actualmente convive con personas que tengan la indicación de seguir una dieta?	Si	60	35.4 (8.79)	$t_{(99)}=-.514; p=0.608$
	No	41	34.5 (8.33)	
4. ¿Considera que esas personas cumplen su dieta?	Si	43	34.7 (9.02)	$t_{(37)}=.463; p=0.645$
	No	16	36.1 (10.8)	
5. ¿Actualmente alguien lo anima para que cumpla la dieta indicada para el control de su diabetes?	Si	74	34.5 (8.37)	$t_{(91)}=-.287; p=0.775$
	No	19	33.9 (7.60)	
6. ¿Actualmente alguien le llama la atención o regaña con respecto a la forma en que lleva su dieta?	Si	53	35.3 (8.91)	$t_{(99)}=-.331; p=0.741$
	No	48	34.7 (8.27)	
7. ¿Tiene alguna sensación física o emoción agradable cuando si cumple su dieta?	Si	83	36.2 (8.64)	$t_{(99)}=-3.069; p=0.003$
	No	18	29.6 (5.86)	
8. ¿Tiene alguna sensación física o emoción desagradable cuando si cumple su dieta?	Si	78	35.2 (8.41)	$t_{(99)}=-.485; p=0.629$
	No	23	34.3 (9.27)	

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

En general los resultados obtenidos cubrieron el objetivo del estudio, contruir una escala que evalúe la autoeficacia para el cumplimiento de la dieta indicada a pacientes con Diabetes Mellitus.

La versión final del instrumento posee validez de contenido y poder discriminativo, es decir, el conjunto de reactivos que conforman la escala incluye las situaciones relevantes relacionadas con el dominio de interés y es sensible a las diferencias en el nivel de autoeficacia percibida por los pacientes. Su consistencia interna es aceptable debido a que obtuvo un coeficiente alfa de .7237, cercano al 1 que es considerado como indicador de una asociación perfecta entre lo que mide cada reactivo y el resto de la escala (Kerlinger, 1975).

Es importante señalar que en un principio se pretendía medir la *fuerza* de la autoeficacia, sin embargo, debido a los ajustes necesarios en el tipo de respuesta la escala mide la autoeficacia pero en la dimensión de *nivel o magnitud*. Esto se debe a que generalmente las opciones de respuesta fueron entendidas por los pacientes como opciones de si o no, ajustandose entonces a la forma en que se mide esta última dimensión (Bandura, 1997; Villamarín, 2003).

En cuanto a los resultados del análisis factorial se podría suponer que no se identificaron factores claramente definidos debido a que cada uno de los reactivos de la escala busca evaluar situaciones muy específicas.

La relación entre los sujetos con altos puntajes en la escala y el autorreporte de que cumplen con su dieta y viceversa, sugiere que la escala posee validez de constructo, es decir, los resultados apoyan el supuesto de Bandura sobre la influencia de la autoeficacia en la determinación de la conducta (Schwarzer, 1992; Maddux, 1995 y Bandura, 1998). Sin embargo, el autorreporte es una medida poco confiable y por lo tanto esta asociación debe hacerse con cierta reserva.

También se encontraron correlaciones que en alguna medida difieren de lo esperado de acuerdo a lo propuesto en la teoría de la autoeficacia.

Por ejemplo, aunque la asociación entre el alto nivel de autoeficacia y las emociones o sensaciones físicas agradables confirman la relación entre el aumento de la autoeficacia para una tarea determinada cuando el afecto es positivo versus cuando es negativo (Bandura, 1998) en otras preguntas también relacionadas con las fuentes de autoeficacia —incluso, señaladas como fuentes de mayor influencia tales como la experiencia directa, el aprendizaje vicario y la persuasión verbal— no se encontró ninguna correlación significativa con los puntajes de la escala. Estos resultados pueden indicar que la manera en que se pretendió medir estas fuentes no fue la más adecuada.

Un dato interesante fue la correlación negativa entre el puntaje de la escala y el tiempo de diagnóstico, lo cual sugiere que a medida que la gente tiene más tiempo enfrentándose con la enfermedad su percepción de eficacia disminuye, lo cual no quiere decir que sean menos adherentes a su dieta, ya que para hacer esta afirmación se necesitaría saber si estas personas cumplieron con su dieta desde que recibieron el diagnóstico.

Por otra parte, aunque los resultados obtenidos sólo pueden extrapolarse a poblaciones con las mismas características de los sujetos del estudio, es importante señalar que la muestra, en su estructura, puede considerarse como representativa debido a que refleja las características de la población con DM en cuanto al tipo (mayor incidencia y prevalencia de la DM tipo 2), edad (mayores de 40 años) y género (predominantemente mujeres) reportadas en las estadísticas de la Secretaría de Salud (2001). De hecho, no haber encontrado diferencias estadísticamente significativas en las variables socio-demográficas y clínicas entre los sujetos que conformaron la muestra y los que fueron excluidos sugiere que las puntuaciones en la escala tampoco hubieran sido diferentes, lamentablemente 50 cuestionarios tuvieron que eliminarse del análisis debido a que no respondieron todos los reactivos de la escala.

Además, aunque en un principio también se pensó en incluir a sujetos con diagnóstico de diabetes mellitus tipo 1 pero debido a su baja prevalencia en los escenarios considerados para la muestra, sólo se conformó por pacientes con diabetes mellitus tipo 2. En este aspecto, es importante señalar que por el tipo de población que acude a las UMF puede representar un posible sesgo de selección en cuanto a nivel socioeconómico y educativo.

Esto, junto con la limitación de recursos humanos fueron algunos de los obstáculos enfrentados durante la investigación.

Con base en lo anterior algunas sugerencias para futuras investigaciones con relación a esta escala u otras que pretendan evaluar autoeficacia son las siguientes:

Que la selección de la muestra se haga de manera aleatoria o bien, se recurra a diferentes instituciones, por ejemplo, de carácter privado, para contar con una muestra más heterogénea y permita detectar otras barreras para el cumplimiento de la dieta.

Se incluya a pacientes con otros padecimientos, como hipertensión u obesidad, que también requieren de la modificación de hábitos alimenticios.

Se agreguen más reactivos alusivos a la cuarta fuente de autoeficacia, lo cual podría mejorar la distribución factorial de los reactivos.

Utilizar una escala de respuesta apropiada para la evaluación de la fuerza de la autoeficacia, una alternativa son las escalas análogo-visuales (Villamarín, 2003) junto con un ejemplo previo para su manejo.

En el caso de utilizar la escala construida en el presente trabajo sería conveniente reducir las opciones de respuesta a *si* y *no* para mejorar la precisión del resultado.

En análisis posteriores se recomienda evaluar el poder predictivo de la escala en relación al cumplimiento de la dieta, para lo cual sería necesario contar con una medición válida y confiable de la adherencia a la dieta.

Finalmente se recomienda llevar a cabo el estudio de la validez de constructo, para lo cual se pueden tener en cuenta las preguntas del apartado C.

Las sugerencias respecto al poder predictivo y validez de constructo del instrumento son consideradas por Villamarín (2003) como la auténtica validación de los instrumentos dirigidos a evaluar constructos de naturaleza dinámica y específica, tal como la autoeficacia.

Se puede concluir que la escala diseñada sirve para discriminar entre las personas con DM que se perciben eficaces para el cumplimiento de su dieta y aquellas que no, de tal forma, la información derivada de su aplicación puede ser útil para los profesionales de la salud, principalmente en dos áreas: la investigación y el trabajo clínico. Por ejemplo, resulta provechoso poder identificar a pacientes con características psicológicas particulares que potencialmente podrían obstaculizar la adherencia al tratamiento e incluso bajo qué situaciones es más probable que esto ocurra; la utilización de la escala pre y post tratamiento sería un buen método de evaluación de los programas de intervención. Además, brindaría información acerca de cómo se comporta la autoeficacia en combinación con otras variables o en diferentes momentos tanto del periodo de evolución de la enfermedad como en el proceso individual para la modificación de hábitos (etapa de precontemplación, contemplación, determinación, Acción, mantenimiento y recaída; Prochaska y Di Clemente, 1982).

Como anteriormente se dijo es necesario contar con instrumentos válidos y confiables que permitan estudiar de manera adecuada los problemas que aquejan a la población mexicana. En el caso de la diabetes mellitus, que requiere un abordaje multidisciplinario, la participación del psicólogo juega un papel muy importante debido a que su óptimo tratamiento consiste, en su mayoría, de cambios comportamentales o de estilo de vida.

Finalmente, es importante mencionar que la elaboración de instrumentos de evaluación psicológica es un trabajo arduo que necesita de dirección, paciencia y disciplina para llegar a la meta establecida.

REFERENCIAS

- Ajzen, I. (1985). *From intentions to actions: A theory of planned behavior*. J. Kuhl y J. Beckman (Eds.), *Action control: From cognition to behavior* (pp. 11-39). Heidelberg: Springer.
- Ajzen, I. (1988). *Attitudes, personality and behavior*. Chicago: Darsey Press.
- Anstey, E. (1976). *Los test psicológicos*. Madrid: Marova.
- Balcázar, N., P. y Gurroa P., G. (2002). Validación de una escala psiquiátrica para la investigación epidemiológica con adolescentes preparatorianos de la ciudad de Toluca. *Anales de psiquiatría*, Vol. 6, no. 1, ene.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action a social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44, 1175-1184.
- Bandura, A. (1998). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Burga, (2001) L. Nutrition recommendations and principles for people whit Diabetes Mellitus. Disponible en <http://www.diates.org/diabetescare/suplementt197htm>.
- Cervone, D. (1989). Effects of envisioning future activities on self-efficacy judgments and motivation: An availability heuristic interpretation. *Cognitive Therapy and Research*, 13, 246-261.
- Coopersmith, S. (1967). *The antecedents of self-esteem*. San Francisco: W.H. Freeman.
- Cox, D.J., y Gonder-Frederick, L. (1992). Mayor developments in behavioral diabetes research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 139-144.
- Crocker, L. y Algina, J. (1986). *Introduction to classical and modern test theory*. Nueva York: Holt, Rnehart and Winston.
- DiClemente, C.C. (1986). Self-efficacy and the addictive behaviors. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 4, 302-315.
- Ewart, C.K., Gillian, R.E., Kalemén, M. H., Manley, S.A., y Kalemén, M.D. (1986) Usefulness of self-efficacy in predicting overexertion during programmed exercise in coronary artery disease. *American Journal of Cardiology*, 57, 557-561.

Fishbein, M., y Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research*. Reading, MA: Addison-Wesley.

Fletcher, J.S., y Banasik, J.L. (2001). Exercise self-efficacy. *Clinical Excell Nurse Practcal 5* (3), 134-143.

García, C.E. (1993). *Introducción a la psicometría*. España: Siglo veintiuno.

Glasgow, R. E.; McKaul, K. D, Schafer, L.C (1987). Self-care behaviors and glycemic control in Type I diabetes. *Journal of Chronic Disease, 5*, 399-412.

Gulliver, P., y Horwath, C. (2001). Women's confidence to consume adequate serving of milk products: validation of a summated rating scale. *Journal Human Nutrition Diet 14*(4), 287-295. (Abstract)

Hernández, S.R., Fernández, C.C., y Baptista, L.P. (2000). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.

Holman, H., y Loring K. (1992). *Perceived self-efficacy in self-management of chronic disease*. Taylor and Francis.

Hurley, A.C., y Shea, C.A. (1992). Self-efficacy: strategy for enhancing diabetes self-care. *Diabetes Education 18*(2), 146-150. (Abstract)

Irvine, A. A., Saunders, J. T., Blank, M.B. y Carter, W. R. (1990). Validation of scale measuring environmental barriers to diabetes – regimen adherence. *Diabetes Care, 13*(7) 705-711.

Jaap van der Bijl, Ada van, Poelgeest-Eelink y Lillie Shortridge (1999). The Psychometric Properties of Diabetes Management Self-efficacy Escale for Patientes with type 2 Diabetes Mellitus. *Journal or Advanced Nursing vol. 30. Agosto Pag. 352*.

Johnmarshall, Reeve. *Motivación y emoción* (1994) 1ª. Edición en español. Editora: Isabel Capella. Traducción de: Understanding motivation and emotion. España.

Kaplan, R.M., Atkins, C. J., y Reinsch, S. (1984). Specific efficacy expectations mediate exercise compliance in patients with COPD. *Health Psychology, 3*, 223-242.

Kavanagh, D.J., Gooley, S., y Wilson, P.H. (1993). Prediction of adherence and control in diabetes. *Journal Behavior Medicine 16*(5), 509-522.

King H, Aubert RE, Herman WH; Global burden of diabetes, 1995-2025: Prevalence, numerical estimates, and protections. *Diabetes care 21:1414-1431*.

Kirsch, I. (1985). Response expectancy as a determinant of experience and behavior. *American Psychologist, 40*, 1189-1202. (Abstract)

Kirsch, I. (1986). Early research on self-efficacy: What we already know without knowing we knew. *Journal of Social and Clinical Psychology, 4*, 339-358.

Kirsch, I. (1990). *Changing expectations: A key to effective psychotherapy*. Belmont, CA: Brooks/Cole.

Lee, C. (1989). Theoretical weaknesses lead to practical problems: The example of self-efficacy theory. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20, 115-123.

Ling, A.M., y Horwath, C. (1999). Self-efficacy and consumption of fruit and vegetables: validation of a summated scale. *Journal Health Promotion* 13(5), 290-298. (Abstract)

Littlefield, C.H., Craven, J.L., Rodin, G.M., Daneman, D., Murray, M., y Rydall, A. C. (1992). Relationship of self-efficacy and bingeing to adherence to diabetes regimen among adolescents. *Diabetes Care*, 15 (1), 90-94.(Abstract)

López, R. F. y Moral de la Rubia, J. (2001) Validación de una escala de autoeficacia para la prevención de SIDA en adolescentes. *Salud Pública de México*. Vol. 43 (5), 421-432.

Maddux, J.E. (1995). *Self-efficacy, adaptation and adjustment: Theory research and application*. New York: The plenum series in social/clinical psychology.

Manning, M.M. y Wright, T.L. (1983). Self-efficacy expectancies, outcome expectancies and the persistence of pain control in childbirth. *Journal of personality and Social Psychology*, 45, 421-431.

Marks, R. (2001). Efficacy theory its utility in arthritis rehabilitation: review and recommendations. *Disability and Rehabilitation*, vol. 23 (7), 271-280.

Masson B., Massuyama, J. y Jue, J., (1994). Adherence consistency across treatment regimens. *Latters Diabetes Care*, 17, 347-348.

Masur, F., y Anderson, K. (1988). Adhesión del paciente al tratamiento: un reto para la psicología de la salud. *Revista Latinoamericana de la Salud*, 20, 103-126

Matarazzo, J. D., Weiss, S. M., Herd, J. A., Miller, N. E., y Weiss, S.M. (1984). *Behavior Health: A handbook for health enhancement and disease prevention*. New York: Wiley.

McKusick, L., Coates, T.J., Morin, S.F., Pollack, L., y Hoff, C. (1990). Longitudinal Predictors of reductions in unprotected anal intercourse among gay men in San Francisco: The AIDS behavioral research project. *American Journal of Public Health*, 80, 978-93.

Meichenbaum, D. y Turk, D.C. (1987). *Facilitating treatment adherence*. New York: Plenum Press.

Moiser, C.I. (1947). A critical examination of the concepts of face validity. *Educational and Psychological Measurement*, 7, 191-206.

Mone, M.A., Baker, D.D., y Jeffries, F. (1995). Predictive validity and time dependency of self-efficacy, self-esteem, personal goals and academic performance. *Educational and Psychological Measurement*, 55, 716-726.

Nunnally, C.J., y Bernstein, J.I. (1995). *Teoría Psicométrica*. México: McGraw-Hill.

Ortony, A., Clore, G.L., y Collins, A. (1988). *The cognitive structure of emotions*. Cambridge: Cambridge University Press.

Pajares, F. (2001). Overview of self-efficacy. Disponible en: <http://www.emory.edu/education/mfp/effpage.html>.

Pajares, F., y Miller, M.D. (1994). Role of self-efficacy and self-concept beliefs in mathematical problem-solving: A path analysis. *Journal of Educational Psychology*, 86, 1993-2003.

Pajares, F., y Kranzler, J. (1995). Self-efficacy beliefs and general mental ability in mathematical problem-solving. *Contemporary Educational Psychology*, 20, 426-443.

Pajares, F., Urdan, T.C., y Dixon, D. (1995). Mathematics self-efficacy and performances attainments of mainstream regular, special education, and gifted students. Submitted for publication.

Prochaska, J., O. y DiClemente, C., C. 1982. En Miller, W., R. y Rollnick, S. 1999. *La entrevista Motivacional*. Paidós: España.

Resnick, B., y Jenkins, L. S. (2000). Testing the reliability and validity of the self-efficacy for exercise scale. *Nurse Research* 49(3), 154-159.

Resnick, B., Wehren, L., y Orwing, D. (2003). Reliability and validity of the self-efficacy and outcome expectations for osteoporosis medication adherence scales. *Orthop Nurs*, 22(2), 139-147 (Abstract)

Rogers, R. W. (1975). A protection motivation theory of fear appeals and attitude change. *Journal of Psychology*, 5, 1995-206.

Ronis, D. L., Yates, J.F., y Kirscht, J.P. (1989). Attitudes, decisions and habits as determinants of behavior. In A.R. Pratkanis, S. J. Breckler, y A.G. Greenwald (Eds.), *Attitude structure and function* (pp. 213-239). Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Rosenstock, I. M. (1974). The health belief model and preventive health behavior. *Health Education Monographs*, 2, 354-386.

Rotter, J.B., Chance, J. E. y Phares, E. J. (1972). *Applications of a Social Learning Theory of Personality*. New York: Holt Rinehart and Winston.

Samuel-Hodge, C. D., DeVellis, R. F., Ammerman, A., Keyserling T. C., y Elasy, T. A. (2002). Reliability and validity of a measure of perceived diabetes and dietary competence in African American women with type 2 diabetes. *Diabetes Education*, 28 (6) 979-988.

Schneider, W., y Shiffrin, R.M. (1977). Controlled and automatic human information processing: I. Detection search and attention. *Psychological Review*, 84, 1-66.

Schunk, D.H., y Rice, J.M. (1986). Extended attributional feedback: Sequence effects during remedial reading instruction. *Journal of Early Adolescence*, 6, 55-66.

Schwarzer, R. (1992) *Self-efficacy, thought control of action*. Taylor and Francis.

Secretaría de Salud (2001). Principales causas de mortalidad. Disponible en: <http://www.ssa.gob.mx>.

Seydel, E., Taal, E., y Wiegman, O. (1990). Risk-appraisal, outcome and self-efficacy expectancies: Cognitive factors in preventive behavior related to cancer. *Psychology and Health*, 4, 99-109.

Shin, Y., Jang, H., y Pender, N. J. (2001). Psychometric evaluation of the exercise self-efficacy scale among Korean adults with chronic diseases. *Research Nurse Health* 24 (1), 68-76.

Stanley, M. A., y Maddux, J. E. (1986). Cognitive processes in health enhancement: Investigation of a combined protection motivation and self-efficacy model. *Basic and Applied Social Psychology*, 7, 101-113. (Abstract)

Stokols, D. (1992). Establishing y maintaining health environments: Toward a social ecology health promotion. *American Psychologist*, 47, 6-22.

Streiner, D. J., y Norman, G.R. (1989). *Health measurement scales: A practical guide to their development and use*. Oxford: Oxford University Press.

Shultz, J.A., Sprague, M.A., Bramen, L.J., y Lambeth, S. (2001). A comparison of views of individuals with type 2 diabetes mellitus and diabetes educators about barriers to diet and exercise. *Journal Health Commun* 6(2), 99-115.

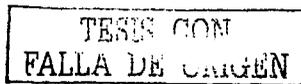
Teasdale, J.D. (1978). *Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change*. In S. Rachmann (Ed.), *Advances in Behavior Research and Therapy*, (Vol.1, 211-215). Oxford: Pergamon.

Torgerson, W.S. (1958). *Theory and methods of scaling*. Nueva York: John Wiley.

Villamarín C.F. (1990). Autoeficacia y conductas relacionadas con la salud. *Revista de Psicología de la Salud*. Vol. 1 y 2, p p. 45-64.

Villamarín, C., F. (2003), *Evaluación de la Autoeficacia en Psicología de la salud*. En Gutierrez, T., Raich, R., M., Sanche, D. Y Deus., J. (Ed.): *Instrumentos de evaluación en psicología de la salud*. Madrid: Alianza Editorial: 31-65.

Weinberg, R. S., Hughes, H.H., Critelli, J. W., England, R., y Jackson, A. (1984). Effects 100 of preexisting and manipulated self-efficacy on eight loss in a self-control program. *Journal of research in Personality*, 18, 352-358.



White, D. (2000). Motivation and dietary self-care in adults with diabetes: Are self-efficacy and autonomous self-regulation complementary or competing constructs?. *Health Psychology* 19(3), 452-457.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXOS

ANEXO 1

AUTOEFICACIA PARA REGULAR HABITOS ALIMENTICIOS

A continuación se describen un número de situaciones que pueden hacer difícil continuar una dieta reducida en grasas. En los siguientes ítems, por favor estima tu confianza en poder continuar una dieta saludable en forma regular.

Por favor, estima tu grado de confianza colocando al lado de cada ítem un número de 0 a 10 utilizando la siguiente escala.

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Incapaz de poder hacerlo			Relativamente seguro de poder hacerlo						Seguro de poder hacerlo	

(0-100)

- Mirando televisión _____
- Sintiéndote cansado o aburrido _____
- En días feriados _____
- Sintiéndote molesto o tenso por cuestiones relacionadas al trabajo _____
- Cenando en la casa de un amigo _____
- Preparando comidas para otros _____
- Comiendo solo en un restaurante _____
- Estando molesto o enojado _____
- Estando muy hambriento _____
- Estando deprimido _____
- Cuando tienes ganas de sentarte y disfrutar de una comida _____
- Cuando hay mucha comida con alto contenido graso en tu casa _____
- Cuando tienes ganas de celebrar algo con otras personas _____
- Cuando te ofrecen comida con altas cantidades de grasas _____
- Cuando sientes un fuerte deseo de consumir comida con altas cantidades de grasas, especialmente aquellas que son tus favoritas _____

65

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

- Durante unas vacaciones _____
- Cuando tienes visitas que atender _____
- Comiendo afuera, con otras personas, cuando estas ordenan comida con altas cantidades de grasas. _____
- En fiestas donde hay deliciosos platos ricos en grasas _____
- En eventos deportivos o recreativos en los cuales se ofrecen comidas rápidas ricas en grasas (hamburguesas, por ejemplo) _____
- Durante un vuelo en avión en el cual te ofrecen alimentos con un alto contenido de grasas. _____
- Cuando visitas una ciudad y necesitas comer algo rápido _____
- Cuando visitas una ciudad y quieres probar sus comidas típicas y sus restaurantes _____
- Celebraciones en las que se sirven comidas con alta cantidad de grasas _____
- Cuando estás molesto por asuntos familiares _____
- Cuando deseas algún tipo de variedad en tu dieta _____
- Cuando desayunas en un restaurante _____
- Cuando otras personas traen o se sirven comida con altas cantidades de grasas _____
- Cuando te tienes que preparar tus propias comidas _____
- Cuando te enfrentas con comidas atrayentes, ricas en grasa, en el supermercado _____

TESIS CON
 FALLA DE ORIGEN

ANEXO 2

A. Datos generales del paciente

Nombre: _____ Fecha: _____

Sexo: _____ Edad: _____ Estado civil: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____

Diagnóstico: _____ Tiempo de diagnóstico: _____

Tratamiento indicado: _____ dieta _____ ejercicio _____

Ocupación: _____ Grado de escolaridad: _____

Presenta algunos de los siguientes síntomas *como consecuencia de la Diabetes:*

Vértigo, mareo, hormigueo en brazos y/o piernas _____

Disminución de la vista _____ Insuficiencia renal _____

Hipertensión _____ Úlceras _____ Otras _____

B. Por favor mencione 5 o más situaciones (personas, lugares, cosas, circunstancias, eventos) en las que le resulta difícil cumplir con su dieta recomendada para el control de su enfermedad:

Enumere las situaciones comenzando con aquella que le resulte más difícil.

C. Lea y conteste las siguientes preguntas:

1. ¿Ha tenido la indicación de seguir una dieta anteriormente?

Si _____ No _____

2. ¿Cumplió con seguir esa dieta?

Si _____ Más o menos _____ No _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

3. ¿Actualmente considera que sigue su dieta para el control de su diabetes como se le ha indicado?
Sí _____ Más o menos _____ No _____
4. ¿Actualmente convive con personas que tengan la indicación de seguir una dieta?
Sí _____ No _____ ¿Quién(es)? _____
5. ¿Considera usted que esas personas cumplen su dieta?
Sí _____ Más o menos _____ No _____
6. ¿Actualmente hay alguien que frecuentemente lo anime con consejos, sugerencias, etc. con respecto a la dieta que tiene que seguir?
Sí _____ No _____ ¿Quién(es)? _____
7. ¿Actualmente hay alguien que frecuentemente le llame la atención o regañe con respecto a la forma en que lleva su dieta?
Sí _____ No _____ ¿Quién (es)? _____
8. ¿Ha notado alguna sensación física o emoción agradable cuándo considera que ha cumplido con su dieta?
Sí _____ No _____ ¿Cuál (es)? _____
9. ¿Ha notado alguna sensación física o emoción desagradable cuándo considera que no ha cumplido con su dieta?
Sí _____ No _____ ¿Cuál (es)? _____

¡Gracias por su colaboración!

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO 3

PERCEPCIÓN DE EFICACIA PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA DIETA EN PACIENTES CON DIABETES MELLITUS

Instrucciones: A continuación se presenta una serie de situaciones que pueden hacer difícil el cumplimiento regular de la dieta recomendada para el control de su Diabetes. Por favor, estime *que tan seguro (a) se siente de poder* seguir su dieta en forma regular colocando al lado de cada situación un número de 0 a 10 utilizando la escala que se muestra abajo. Este cuestionario no es un examen, sólo requiere que usted exprese lo que piensa de manera honesta y precisa, recuerde que sus respuestas son confidenciales.

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Totalmente incapaz de poder hacerlo											Totalmente seguro (a) de poder hacerlo
Puedo cumplir con mi dieta...											0-10
1. Cuando estoy en casa de alguien y me invita a comer											
2. Cuando salgo a comer con mis amigos o familiares											
3. Cuando en mi hora de comer me encuentro en la calle											
4. En el trabajo (a la hora de la comida, en reuniones, etc.)											
5. En convivios familiares como navidad, cumpleaños, fines de semana, etc.											
6. Cuando se me antoja algún alimento que no esta dentro de mi dieta (pan, dulces, frituras, etc.)											
7. Cuando salgo de viaje											
8. Cuando alguien importante para mí (esposo (a), hijos, amigos, padres, etc.) me ofrece algún alimento que no esta incluido en mi dieta											
9. Cuando asisto a lugares recreativos (cine, teatro, espectáculos, etc.)											
10. Cuando tengo mucha hambre											
11. Cuando no tengo dinero suficiente para comprar los alimentos indicados en mi dieta											
12. Cuando no recibo apoyo de la familia (no preparan alimentos recomendados en mi dieta, no recibo aliento para cumplir con mi dieta, etc.)											
13. Cuando estoy la mayor parte de tiempo en casa (vacaciones, días festivos o lluviosos, etc.)											
14. Cuando estoy enfermo (a)											
15. Cuando no tengo tiempo suficiente para preparar los alimentos indicados en mi dieta											
16. Cuando experimento emociones desagradables como tristeza, enojo, angustia, ansiedad, soledad, estrés, etc.											
17. Cuando experimento emociones agradables como alegría, tranquilidad, satisfacción, euforia, optimismo, etc.											
18. En alguna otra situación (especifique cual): _____											

ANEXO 4

ESCALA DE AUTOEFICACIA PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA DIETA

INSTRUCCIONES: A continuación se presenta una serie de situaciones que pueden hacer difícil el cumplimiento de la dieta recomendada para el control de su Diabetes. Por favor, exprese que **tan capaz se siente de cumplir su dieta** colocando al lado de cada situación un número de 0 a 10 considerando la escala que se muestra abajo. Recuerde que este cuestionario no es un examen, sólo requiere que usted conteste de manera honesta y precisa; sus respuestas son confidenciales.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

**Totalmente incapaz
de hacerlo**

**Totalmente capaz
de hacerlo**

Me siento capaz de cumplir con mi dieta cuando ...	
1. Visito a alguien y me invita a comer	
2. Salgo a comer con mis amigos o familiares	
3. Estoy solo (a) en la calle a la hora de comer	
4. Estoy en el trabajo (a la hora de la comida, en reuniones)	
5. Asisto a convivios familiares como cumpleaños o celebraciones populares	
6. Se me antoja algún alimento no permitido en mi dieta (pan, dulces, frituras)	
7. Asisto a restaurantes, cafeterías, o fondas	
8. Salgo de viaje	
9. No recibo apoyo de alguien importante para mí (no recibo aliento, no me preparan los alimentos recomendados o me ofrecen algo que no está incluido en mi dieta)	
10. Asisto a lugares recreativos (cine, teatro, feria, parques, conciertos)	
11. Tengo mucha hambre	
12. El dinero no me alcanza para comprar los alimentos indicados en mi dieta	
13. Estoy en casa la mayor parte de tiempo (vacaciones, días de descanso o lluviosos)	
14. Me enfermo de otra cosa como gripa o infecciones	
15. Tengo poco tiempo para preparar los alimentos como lo indica mi dieta	
16. Tengo emociones desagradables como tristeza, enojo, angustia, ansiedad o estrés	

ANEXO 5

A. DATOS GENERALES DEL PACIENTE

Nombre: _____ Fecha: _____ No. Exp. _____

Sexo: _____ Edad: _____ Estado civil: _____ Grado de escolaridad: _____ Ocupación: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Diagnóstico: _____ Tiempo de diagnóstico: _____

La información que tiene sobre diabetes la ha obtenido de (puede señalar más de una opción):

Familiares y/o Amigos _____ Libros y/o revistas _____ Televisión y/o radio _____

Médico y/o clínica _____ Cursos y/o pláticas _____ No tengo información _____

Señale cual (es) de las siguientes medidas le fueron indicadas por el profesional de la salud para el control de su diabetes:

Dieta _____ Ejercicio _____ Medicamento _____ Insulina _____ Otras (especifique cual) _____

Tache aquellos síntomas que presenta como consecuencia de la Diabetes.

Mareo _____ Hormigueo en brazos y/o piernas _____ Hipertensión _____

Disminución de la vista _____ Insuficiencia renal _____ Úlceras _____

71

TESIS COM
FALTA DE CALIBRE

B. CUESTIONARIO DE AUTOEFICACIA

A continuación se presenta una serie de situaciones que pueden hacer difícil el cumplimiento de la dieta recomendada para el control de su Diabetes. Por favor, señale con una cruz su grado de acuerdo o desacuerdo considerando su capacidad para cumplir su dieta en cada una de las siguientes situaciones. Recuerde que este cuestionario no es un examen, sólo requiere que usted conteste de manera honesta y precisa; *sus respuestas son confidenciales.*

ME SIENTO CAPAZ DE CUMPLIR CON MI DIETA CUANDO...	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	No se Aplica a mi caso
1. ... visito a alguien y me invita a comer					
2. ... salgo a comer con mis amigos o familiares					
3. ... estoy solo (a) en la calle a la hora de comer					
4. ... estoy en el trabajo (a la hora de la comida, en reuniones)					
5. ... asisto a convivios familiares como cumpleaños o fiestas populares					
6. ... se me antoja algún alimento no permitido en mi dieta (pan, dulces, frituras)					
7. ... asisto a restaurantes, cafeterías, o fondas					
8. ... salgo de viaje					

TESIS CON
 FALLA DE
 PAGEN

ME SIENTO CAPAZ DE CUMPLIR CON MI DIETA CUANDO...	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	No se Aplica a mí
9. ... no recibo apoyo de alguien importante para mí (no recibo aliento, no me preparan los alimentos recomendados o me ofrecen algo que no está incluido en mi dieta)					
10. ... asisto a lugares recreativos (cine, teatro, feria, parques, conciertos)					
11. ...tengo mucha hambre					
12. ...el dinero no me alcanza para comprar los alimentos indicados en mi dieta					
13. ...estoy en casa la mayor parte de tiempo (vacaciones, días de descanso o lluviosos)					
14. ... me enfermo de gripa o infecciones					
15. ... tengo poco tiempo para preparar los alimentos como lo indica mi dieta					
16. ... tengo emociones desagradables como tristeza, enojo, angustia, ansiedad o estrés					

C. CUESTIONARIO DE EXPERIENCIAS

1. ¿Anteriormente cumplió con alguna dieta que le fue indicada?

Si _____ No _____ No me ha sido indicada otra (s) dieta (s) _____

2. ¿Actualmente considera que cumple la dieta indicada para el control de su diabetes?

Si _____ No _____

TESTES CON
FALTA DE
ALGUNA

3. ¿Actualmente convive con personas que tengan la indicación de seguir una dieta?

Sí _____ ¿Quién (es)? Familiar (es) _____ Amigo (s) _____

No _____

4. ¿Considera que esas personas cumplen su dieta?

Sí _____ No _____

5. ¿Actualmente alguien lo anima para que cumpla la dieta indicada para el control de su diabetes?

Sí _____ ¿Quién(es)? Familiar (es) _____ Amigo (s) _____

No _____

6. ¿Actualmente alguien le llama la atención o regaña con respecto a la forma en que lleva su dieta?

Sí _____ ¿Quién(es)? Familiar (es) _____ Amigo (s) _____

No _____

7. ¿Tiene alguna sensación física o emoción agradable cuando SÍ cumple con su dieta?

Sí _____ ¿Cuál (es)? _____

No _____

8. ¿Tiene alguna sensación física o emoción desagradable cuando NO cumple con su dieta?

Sí _____ ¿Cuál (es)? _____

No _____



¡GRACIAS POR SU COLABORACIÓN!

74

TESIS CON
FALTA DE CUIDEN