

La autoeficacia y el cuidado de la salud física en los adolescentes mexicanos Self-efficacy and physical health care in Mexican adolescents

Humberto Blanco Vega, Martha Ornelas Contreras, Perla Jannet Jurado-García, José René Blanco Ornelas, Susana Ivonne Aguirre Vásquez, Rosa Georgina Ortega Contreras, Carolina Jiménez-Lira, Nayalis Nápoles-Neyra

Universidad Autónoma de Chihuahua (México)

Resumen. La autoeficacia es un elemento esencial para obtener o perfeccionar, conductas saludables. El estudio consiste en predecir al cuidado de la salud física en estudiantes de preparatoria, en los que se incluyen como variables predictoras al género y los factores de la autoeficacia en el cuidado de la salud física (evitación del consumo de tabaco, evitación del consumo de alcohol, cuidado de la alimentación y afrontamiento de problemas), obtenido de los resultados de un modelo estructural. Participaron en el estudio 468 sujetos, 270 mujeres y 198 hombres todos estudiantes de nivel medio superior de México. Los resultados encontrados muestran que el género y los factores de autoeficacia en el cuidado de la salud influyen indirectamente de forma significativa en el estrés y en el consumo de sustancias adictivas. El conjunto de variables explica el estrés percibido de los adolescentes estudiados; así como, las variables contempladas en el modelo alcanzan a explicar el 27% de la varianza total en el nivel de estrés percibido. Con respecto a la predicción del cuidado de la salud a través del género y los factores de la autoeficacia en el cuidado de la salud física se han cumplido la mayoría de las hipótesis planteadas a partir del modelo inicial propuesto, de tal modo que el género, el consumo de sustancias adictivas y la autoeficacia en el afrontamiento de problemas ejercen un efecto directo positivo sobre el estrés; mientras que el ejercicio físico y la autoeficacia en el cuidado de la alimentación ejercen un efecto directo negativo.

Palabras claves: Autoeficacia, Género, Estrés, Cuidado de salud física, Adolescentes, Validez.

Abstract. Self-efficacy is an essential element to obtain or perfect healthy behaviors. The goal of the study was to predict physical health care in high school students, from gender and self-efficacy factors in physical health care (avoidance of tobacco consumption, avoidance of consumption of alcohol, eating care and coping with problems), using structural equation modelling. A total of 468 subjects took part in the study, 270 women and 198 men, all high school students from Mexico. The results show that gender and health care self-efficacy factors indirectly influence stress and the use of addictive substances. The set of variables explain adolescents' perceived stress; the variables contemplated in the model explain 27% of the total variance in the level of perceived stress. Regarding the prediction of health care through gender and the factors of self-efficacy in physical health care, most of the initially proposed hypotheses model has been fulfilled; in such a way that gender, the use of addictive substances and self-efficacy in coping with problems have a direct positive effect on stress. While physical exercise and self-efficacy in eating care, exert a direct negative effect.

Keywords: Self-efficacy, Gender, Stress, Physical health care, Adolescents, Validity.

Introducción

Bandura (1982), define la autoeficacia como los juicios que posee cada individuo sobre sus propias capacidades; considerándola la herramienta que influye en la conducta del individuo a partir de su propia percepción y la capacidad de autocontrolar su comportamiento. De este modo quedarían más motivados cuando perciben que sus conductas son eficaces si tienen certeza que pueden regularse por sí mismos (Madueño, 2019). La misma se asocia a los recursos que presenta la persona

y la capacidad que tienen para utilizarlos, teniendo en cuenta la posibilidad de la adopción en el individuo de creencias autoeficaces a favor del cumplimiento de sus metas (Zuñiga, 2021).

La autoeficacia es un aspecto clave para obtener o perfeccionar, conductas saludables (Blanco et al., 2019). Entre todos aquellos elementos que viabilizan la adopción de conductas favorecedoras de salud, se destaca la autoeficacia percibida, definida como «las creencias que una persona tiene sobre sus propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para producir los resultados deseados» (Bandura, 1995, p. 3). De esta forma, las creencias sobre la capacidad de cuidar la propia salud pueden predecir la realización de dicho autocuidado como parte de las estrategias de

Fecha recepción: 08-11-21. Fecha de aceptación: 21-02-22

Nayalis Nápoles Neyra
p344926@uach.mx

afrontamiento de nuevas condiciones de vida (Salgado y Alvarez, 2020).

La autoeficacia en la actualidad se ha trazado como un eje trascendental en el desarrollo socio-cognitivo de las personas. Dicha importancia se basa en las diversas investigaciones aplicadas desde el área de bienestar psicológico (Espinoza y Barra, 2018), la satisfacción con la vida (Blanco, Diaz- Leal, Ornelas, Mondaca y Solano, 2019), la educación (Yévilao, 2020), la actividad física y su influencia en escolares (García et al., 2020; Jauregui et al., 2013), el cuidado de la alimentación (Nápoles et al., 2020), así como la motivación, el autoconcepto, la rehabilitación, el bienestar en la imagen corporal y la calidad de vida, entre otros, (Madueño, 2019; Mella, 2020; Zuñiga, 2021); exponiendo un elevado nivel de relevancia en el logro de diversos objetivos, influenciados todos por la autoeficacia.

Diversos estudios han identificado dichas relaciones positivas entre autoeficacia y cuidado de la salud (Blanco, Ornelas, Viciano y Rodríguez, 2016; Luszczynska, Scholz y Schwarzer, 2005; Palacios, 2015; Unikel, Bojórquez y Carreño, 2004). Algunos autores han señalado a la autoeficacia como una variable predictora en la intención de ingerir alimentos bajos en calorías, frutas y verduras (Povey, Conner, Sparks, James y Shepherd, 2000), reducir el peso en personas adultas con sobrepeso (Annesi y Tennant, 2014) y mantenerlo en personas con normopeso (Garrido, Vera y Pinto, 2020).

Blanco et al. (2019), corroboraron que existe una relación directa entre la satisfacción con la vida y la autoeficacia en el afrontamiento de problemas, siendo esta última mediadora entre la práctica del ejercicio físico y la evitación de tóxicos como alcohol y el tabaco. En este sentido, otras investigaciones encontraron que la autoeficacia general percibida es un factor protector en hábitos de la práctica del ejercicio y en la evitación del consumo de tabaco en adolescentes (Reigal, Videra y Gil, 2014; Salgado y Alvarez, 2020).

Otra literatura, resalta en su estudio que las mujeres se preocupan más por su peso y son quienes adoptan más problemas alimenticios, en comparación con los hombres. Quienes muestran bajo riesgo alimenticio y tienen mayores niveles de autoeficacia saludable (Delgado y Amaya, 2016). Autores plantean que los posibles beneficios de la práctica de actividad físico-deportiva pueden generar una mayor autoeficacia en el cuidado de la salud física (Peinado, Cocca, Solano y Blanco, 2017; Sánchez, Anzano, Cabrera, Méndez y Sánchez, 2013).

Como se describió anteriormente, los estudios muestran la efectividad de la autoeficacia en conductas

de la salud; por lo que se observa que las variables antes mencionadas están relacionadas, pero se considera interesante profundizar en dichas relaciones en población adolescente, ya que la mayoría de los estudios encontrados fueron en jóvenes universitarios, solo se encontraron dos estudios en los que se incluyen adolescentes de nivel medio (Delgado y Amaya, 2015; Reigal, Videra y Gil, 2014). Por ello, el objetivo de este trabajo fue construir un modelo predictivo para el cuidado de la salud en función del género y los factores de la autoeficacia en el cuidado de la salud física en adolescentes mexicanos.

Método

Participantes

Participaron en el estudio 468 mexicanos, 270 mujeres y 198 hombres todos estudiantes de nivel medio superior. La edad de los sujetos fluctuó entre los 14 y 19 años, con una media de 16.25 y una desviación estándar de 1.03 años. El tipo de investigación fue correlacional, con un enfoque cuantitativo. La muestra se obtuvo mediante muestreo por convivencia buscando representatividad de las escuelas de la ciudad de Chihuahua, México. El tamaño de la muestra se concretó de esa manera por la metodología del Modelo de Ecuaciones Estructurales donde plantea que para este tipo de estudio la muestra adecuada con más de doscientos participantes, de acuerdo con Ruiz, Pardo y San Martín (2010).

Instrumentos

Escala de Autoeficacia en el Cuidado de la Alimentación y Salud Física (ACASF) de Ornelas, Blanco, Rodríguez y Flores (2011), para este estudio se utilizó la escala adaptada por Blanco, Ornelas, Viciano y Rodríguez-Villalobos (2016); cuestionario de 28 ítems relacionados con conductas de cuidado de la salud; agrupados en cinco factores: 1. Ejercicio físico con seis ítems (Realizar ejercicio físico durante cuando menos 30 minutos tres o más sesiones a la semana, Hacer ejercicio a pesar de sentirme tenso...) $\alpha=.928$; 2. Cuidado de la alimentación con seis ítems (Resistirme a comer cuando hay mucha comida disponible, Resistirme a comer a pesar de que otros molesten si yo no como...) $\alpha=.882$; 3. Afrontamiento de problemas con seis ítems (Funcionar lo más normalmente posible cuando tengo problemas o contratiempos en mi vida, No sentirme tenso o ansioso cuando tengo problemas o contratiempos...) $\alpha=.904$. 4. Evitación del consumo de tabaco con cinco ítems (Resistir la tentación de consumir tabaco en ex-

ceso cuando estoy deprimido o experimento un fracaso, Controlarme y no consumir nada de tabaco...) $\alpha = .909$; 5. Evitación del consumo de alcohol con cinco ítems (Controlarme y reducir mi consumo de alcohol, Resistirme a consumir bebidas alcohólicas cuando estoy ansioso o nervioso...) $\alpha = .920$.

Para medir el cuidado de la salud física se empleó **la Escala sobre el Cuidado de la Salud Física (ECSF)** de Blanco (2010) el cual es un cuestionario tipo Likert, asistido por computadora de 9 ítems relacionados con conductas de cuidado de la salud agrupados en tres factores: hábitos saludables, hábitos no saludables y estrés, con valores de Alpha superiores a .7 en cada factor, donde el encuestado responde, en una escala de 0 a 10, con qué frecuencia realizan o manifiestan dichas conductas. Para esta investigación se utilizó el adaptado por Guedea, Solano-Pinto, Blanco, Ceballos y Zueck, (2017) quienes reportaron para el factor hábitos saludables (con ítems como: Incluyo en mi alimentación verduras y frutas, cereales, leguminosas y alimentos de origen animal, Realizo ejercicio físico cuando menos 30 minutos tres sesiones a la semana...) $\alpha = .717$, el factor hábitos no saludables (con ítems como; Consumo tabaco, Consumo bebidas alcohólicas...) $\alpha = .700$ y el factor estrés (con ítems como: Me siento estresado o ansioso, Mis preocupaciones me hacen perder el sueño...) $\alpha = .701$.

Procedimiento

El protocolo de investigación fue aprobado por el Comité Científico de la Secretaría de Investigación y Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Cultura Física de la Universidad Autónoma de Chihuahua. Además, Esta investigación atendió los lineamientos del reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud de México y siguió la lista de elementos de consentimiento libre e informado señalado por Mondragon-Barrios (2009). Para el consentimiento informado se contactó con las autoridades educativas quienes se encargaron de hablar con los padres a través de cada director de la institución.

Se invitó a participar en el estudio a los alumnos de las escuelas de educación media superior de la ciudad de Chihuahua, luego de la aceptación de los padres y autoridades educativas. El cuestionario se aplicó de manera informatizada a través de tabletas electrónicas; antes de acceder al instrumento, se presentó a los participantes el consentimiento informado; antes de acceder al instrumento, se presentó a los participantes el consentimiento informado. Luego se aplicaron los cuestionarios Escala de Autoeficacia en el Cuidado de la Alimentación

y Salud Física y Escala sobre el Cuidado de la Salud Física, por medio de una computadora personal, en una sesión de aproximadamente 50 minutos; en los laboratorios o centros de cómputo de las instituciones participantes. Al inicio de cada sesión se hizo una pequeña introducción sobre la importancia de la investigación y de cómo acceder a los instrumentos. Se les solicitó la máxima sinceridad y se les garantizó la confidencialidad de los datos que se obtuvieran. Las instrucciones de cómo responder se encontraban en las primeras pantallas; antes del primer reactivo de los instrumentos. Al término de la sesión se les agradeció su participación.

Una vez aplicados los instrumentos se procedió a recopilar los resultados por medio del módulo generador de resultados del editor de escalas versión 2.0 (Blanco et al., 2013).

Por último, los resultados obtenidos, se analizaron mediante el paquete SPSS 18.0 y AMOS 21.0.

Análisis de datos

Antes de emplear el análisis de ecuaciones estructurales (SEM por su siglas en inglés Structural Equation Model) para realizar el análisis del modelo propuesto y poder contrastar las hipótesis planteadas se comprobó que se cumplían los supuestos subyacentes a esta técnica, especialmente los de normalidad y linealidad, para lo cual se analizaron los valores de asimetría y curtosis y los gráficos de dispersión matricial de las distintas variables contempladas en cada modelo.

Luego, a partir de la matriz de correlaciones, se utilizó SEM utilizando el método de estimación de máxima verosimilitud (ML), con la aplicación de procedimientos de remuestreo bootstrap para los casos de no normalidad (Byrne, 2016; Kline, 2011), con el fin de someter a prueba el conjunto de relaciones explicativas hipotetizadas; aun cuando en AMOS 21.0 el ML es especialmente robusto para posibles casos de no normalidad, especialmente si la muestra es suficientemente amplia y los valores de asimetría y curtosis no son extremos (asimetría $< |2|$ y curtosis $< |7|$).

El ajuste de los modelos se comprobó a partir del Chi-cuadrado, el índice de bondad de ajuste (GFI), la raíz media cuadrática residual estandarizada (SRMR) y el error cuadrático medio de aproximación (RMSEA) como medidas absolutas de ajuste. El índice de bondad ajustado (AGFI), el Índice Tucker-Lewis (TLI) y el índice de bondad de ajuste comparativo (CFI) como medidas de ajuste incremental. La razón de Chi-cuadrado sobre los grados de libertad (CMIN/GL) y el Criterio de Información de Akaike (AIC) como medidas de ajuste

te de parsimonia (Byrne, 2016; Gelabert et al., 2011). Para todas ellas se estableció como umbral de aceptación valores iguales o superiores a .90, e inferiores a .08 para el RMSEA y el SRMR (Byrne, 2016; Gelabert et al., 2011). Posteriormente, se analizaron los efectos directos, indirectos y totales obtenidos entre las distintas variables contempladas en el mejor de los modelos.

Hipótesis

Del modelo inicial propuesto que integra las relaciones entre el cuidado de la salud física, el género y los factores de autoeficacia de la salud física (Figura 1) se desprenden las hipótesis que a continuación se enuncian.

H1a: El factor Autoeficacia en la Evitación del Consumo del Tabaco ejerce un efecto indirecto sobre el factor Estrés a través de los factores Autoeficacia en la Evitación del Consumo del Alcohol y el factor del Consumo de Sustancias Adictivas.

H1b: El factor Autoeficacia en la Evitación del Consumo del Tabaco ejerce un efecto indirecto sobre el factor Estrés a través de los factores Autoeficacia en la Evitación del Consumo del Alcohol y Autoeficacia en el Afrontamiento de Problemas.

H1c: El factor Autoeficacia en la Evitación del Consumo del Tabaco ejerce un efecto indirecto sobre el factor Estrés a través de los factores Autoeficacia en la Evitación del Consumo del Alcohol, Autoeficacia en el Afrontamiento de Problemas y el factor Consumo de Sustancias Adictivas.

H1d: El factor Autoeficacia en la Evitación del Consumo del Tabaco ejerce un efecto indirecto sobre el factor Estrés a través de los factores Autoeficacia en la Evitación del Consumo del Alcohol, Autoeficacia en el Afrontamiento de Problemas y el factor Ejercicio Físico.

H1e: El factor Autoeficacia en la Evitación del Consumo del Tabaco ejerce un efecto indirecto sobre el factor Estrés a través de los factores Autoeficacia en la Evitación del Consumo del Alcohol y Autoeficacia en el Cuidado de la Alimentación.

H1f: El factor Autoeficacia en la Evitación del Consumo del Tabaco ejerce un efecto indirecto sobre el factor Estrés a través de los factores Autoeficacia en la Evitación del Consumo del Alcohol, Autoeficacia en el Cuidado de la Alimentación, Autoeficacia en Afrontamiento de Problemas y el factor del Consumo de Sustancias Adictivas.

H1g: El factor Autoeficacia en la Evitación del Con-

sumo del Tabaco ejerce un efecto indirecto sobre el factor Estrés a través del factor de Consumo de Sustancias Adictivas.

H1h: El factor Autoeficacia en la Evitación del Consumo del Tabaco ejerce un efecto indirecto sobre el factor Estrés a través del factor de Autoeficacia en Afrontamiento de Problemas.

H1i: El factor Autoeficacia en la Evitación del Consumo del Tabaco ejerce un efecto indirecto sobre el factor Estrés a través de los factores Autoeficacia en el Afrontamiento de Problemas y el factor Ejercicio Físico.

H1j: El factor Autoeficacia en la Evitación del Consumo del Tabaco ejerce un efecto indirecto sobre el factor Estrés a través de los factores Autoeficacia en la Evitación del Consumo del Alcohol, Autoeficacia en el Cuidado de la Alimentación y Autoeficacia en el Afrontamiento de Problemas.

H1k: El factor Autoeficacia en la Evitación del Consumo del Tabaco ejerce un efecto indirecto sobre el factor Estrés a través de los factores Autoeficacia en la Evitación del Consumo del Alcohol, Autoeficacia en el Cuidado de la Alimentación y Autoeficacia en el Afrontamiento de Problemas y el factor Ejercicio Físico.

H1l: El factor Autoeficacia en la Evitación del Consumo del Tabaco ejerce un efecto indirecto sobre el factor Estrés a través del factor de Autoeficacia en Afrontamiento de Problemas y el factor Consumo de Sustancias Adictivas.

H2a: El factor Autoeficacia en la Realización de Ejercicio Físico ejerce un efecto indirecto sobre el factor Estrés a través de los factores Autoeficacia en el Cuidado de la Alimentación, Autoeficacia en el Afrontamiento de Problemas y el factor Consumo de Sustancias Adictivas.

H2b: El factor Autoeficacia en la Realización de Ejercicio Físico ejerce un efecto indirecto sobre el factor Estrés a través de los factores Autoeficacia en el Cuidado de la Alimentación y la Autoeficacia en el Afrontamiento de Problemas.

H2c: El factor Autoeficacia en la Realización de Ejercicio Físico ejerce un efecto indirecto sobre el factor Estrés a través de los factores Autoeficacia en el Cuidado de la Alimentación, Autoeficacia en el Afrontamiento de Problemas y el factor Ejercicio Físico.

H2d: El factor Autoeficacia en la Realización de Ejercicio Físico ejerce un efecto indirecto sobre el factor Estrés a través de los factores Autoeficacia en el Cuidado de la Alimentación.

H2e: El factor Autoeficacia en la Realización de Ejer-

problemas ejerce un efecto directo sobre el factor Estrés.

H7: El factor Consumo de Sustancias Adictivas ejerce un efecto directo sobre el factor Estrés.

H8: El factor Ejercicio Físico ejerce un efecto directo sobre el factor Estrés.

Resultados

Evaluación de los supuestos subyacentes al análisis de covarianza

En la Tabla 1 se resumen los valores de asimetría y curtosis de las distintas variables contempladas en el modelo inicial propuesto. A pesar de que la mayoría de las variables muestran valores de asimetría de ± 2.00 y ± 7.00 de curtosis, el índice multivariado de Mardia por encima del valor 70 indica alejamiento de la normalidad multivariada (Rodríguez y Ruiz, 2008); por lo que se puede inferir que no existe normalidad multivariada.

Tabla 1.

Asimetría y curtosis para las variables observables del modelo inicial propuesto para el cuidado de la salud en función del género y los factores de la autoeficacia en el cuidado de la salud física

Variable	AS	CU
Género	0.31	-1.90
Cuidado de la Salud Ítem 1	-1.95	2.31
Cuidado de la Salud Ítem 2	-1.09	-0.04
Cuidado de la Salud Ítem 6	-0.45	-1.23
Cuidado de la Salud Ítem 7	-0.68	-0.32
Cuidado de la Salud Ítem 8	0.36	-0.96
Cuidado de la Salud Ítem 9	-0.10	-1.35
Autoeficacia Ítem 2	-2.76	6.68
Autoeficacia Ítem 3	-2.34	4.29
Autoeficacia Ítem 4	-2.41	4.59
Autoeficacia Ítem 7	-2.39	5.44
Autoeficacia Ítem 8	-2.17	3.76
Autoeficacia Ítem 9	-2.65	6.49
Autoeficacia Ítem 11	-0.86	-0.50
Autoeficacia Ítem 13	-0.62	-0.83
Autoeficacia Ítem 15	-0.65	-0.83
Autoeficacia Ítem 16	-1.15	0.04
Autoeficacia Ítem 18	-1.43	1.29
Autoeficacia Ítem 19	-1.20	0.51
Autoeficacia Ítem 20	-1.36	1.10
Autoeficacia Ítem 22	-0.69	-0.58
Autoeficacia Ítem 24	-0.95	0.06
Autoeficacia Ítem 26	-0.63	-0.54
Autoeficacia Ítem 27	-0.92	0.09
Autoeficacia Ítem 28	-1.61	2.85
índice multivariado de Mardia		273.62

Nota: AS = asimetría; CU = curtosis

Ajuste global de los modelos planteados

Los resultados globales del análisis factorial confirmatorio (GFI .915; RMSEA .050; CFI .951) para el modelo inicial propuesto indican que su ajuste es aceptable (Tabla 2). Sin embargo, dado que tres de las relaciones esperadas no resultaron significativas (Figura 2) se realizó una re-especificación del modelo inicial eliminando las relaciones no significativas: Autoeficacia en la Evitación del Consumo del Tabaco > Autoeficacia en el Afrontamiento de Problemas, Autoeficacia en el Afrontamiento de Problemas > Ejercicio Físico y Género > Ejercicio Físico (Figura 2).

Tras la eliminación de las tres vías (paths) no signifi-

Tabla 2.

Índices absolutos, incrementales y de parsimonia de los modelos inicial y final para el cuidado de la salud en función del género y los factores de la autoeficacia en el cuidado de la salud física.

Modelo	Índices absolutos				Índices incrementales			Índices de parsimonia	
	χ^2	GFI	RMSEA	SRMR	AGFI	TLI	CFI	CMIN/DF	AIC
Inicial	547.296*	.915	.050	.424	.891	.942	.951	2.163	691.296
Final	554.937*	.913	.050	.424	.890	.941	.950	2.168	692.937

Nota: * $p < .05$; GFI = índice de bondad de ajuste; RMSEA = error cuadrático medio de aproximación; AGFI = índice de bondad ajustado; TLI = Índice Tucker-Lewis; CFI = índice de bondad de ajuste comparativo; χ^2/gf = Chi-cuadrada sobre los grados de libertad; AIC = Criterio de Información de Akaike.

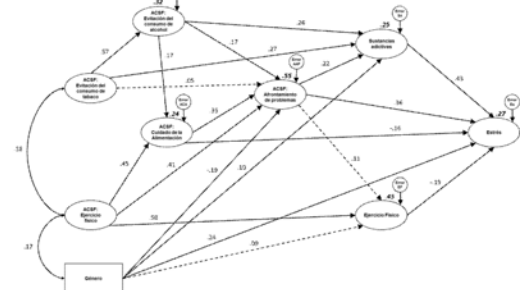


Figura 2. Solución estandarizada del modelo estructural inicial para el cuidado de la salud en función del género y los factores de la autoeficacia en el cuidado de la salud física. Todos los parámetros están estandarizados. Las líneas discontinuas representan paths no significativos.

cativas, el modelo final (GFI .913; RMSEA .050; CFI .950) sigue presentando un ajuste aceptable (Tabla 2).

Finalmente, se observa que ambos modelos explican el mismo porcentaje de varianza en la variable criterio. Ambos modelos explican el 27% de la varianza del factor Estrés del cuidado de la salud física (Figuras 2 y 3).

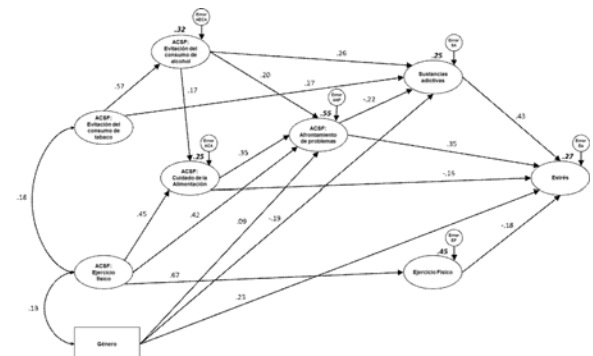


Figura 3. Solución estandarizada del modelo estructural final para el cuidado de la salud en función del género y los factores de la autoeficacia en el cuidado de la salud física. Todos los parámetros están estandarizados.

Evaluación de los parámetros individuales

Analizando individualmente los coeficientes de regresión para cada una de las vías propuestas en el modelo final (Figura 3), se observó que la totalidad de las relaciones propuestas obtienen significación cuando menos a un nivel $p < .05$.

El efecto directo más elevado fue el que produce la Autoeficacia en la Realización de Ejercicio Físico sobre el Ejercicio Físico ($\beta = .67, p < .001$), seguido del producido por la Autoeficacia en la Evitación del Consumo del Tabaco en la Autoeficacia en la Evitación del Consumo del Alcohol. De manera similar destacan los efectos de la Autoeficacia en la Realización de Ejercicio Físico

sobre la Autoeficacia en el Cuidado de la Alimentación y la Autoeficacia en el Afrontamiento de Problemas.

Tabla 3.
Efectos directos e indirectos estandarizados entre las variables consideradas en el modelo estructural final para el cuidado de la salud en función del género y los factores de la autoeficacia en el cuidado de la salud física.

		7	8	9	1	2	3	4	5
1	Directo		.57						
	Indirecto								
2	Directo			.45	.17				
	Indirecto		.09						
3	Directo	.09		.42	.20	.35			
	Indirecto		.14	.16	.06				
4	Directo	-.19	.27		.26			-.22	
	Indirecto	-.02	.11	-.13	-.06	-.07			
5	Directo			.67					
	Indirecto								
6	Directo	.23				-.16	.35	.43	-.18
	Indirecto	-.06	.20	-.05	.15	.09	-.09		

1. Autoeficacia en la Evitación del Consumo del Alcohol, 2. Autoeficacia en el Cuidado de la Alimentación, 3. Autoeficacia en el Afrontamiento de Problemas, 4. Consumo de Sustancias Adictivas, 5. Ejercicio Físico, 6. Estrés, 7. Género, 8. Autoeficacia en la Evitación del Consumo del Tabaco, 9. Autoeficacia en la Realización de Ejercicio Físico.

Por otro lado, los resultados (Tabla 3) muestran que el género y los factores de autoeficacia en el cuidado de la salud influyen indirectamente de forma significativa en el Estrés y en el Consumo de Sustancias Adictivas (salvo el factor Autoeficacia en el Afrontamiento de Problemas). Por su parte la Autoeficacia en el Cuidado de la Alimentación y en la Evitación del Consumo del Tabaco y el Alcohol, ejercen un efecto indirecto sobre la Autoeficacia en el Afrontamiento de Problemas, mientras que Autoeficacia en la Evitación del Consumo del Tabaco lo tiene hacia la Autoeficacia en el Cuidado de la Alimentación.

Discusión

Con respecto a la predicción del cuidado de la salud a través del género y los factores de la autoeficacia en el cuidado de la salud física se han cumplido la mayoría de las hipótesis planteadas a partir del modelo inicial propuesto. De tal modo que el Género, el Consumo de Sustancias Adictivas y la Autoeficacia en el Afrontamiento de Problemas ejercen un efecto directo positivo sobre el Estrés; resultados que concuerdan con los obtenidos por Pereyra, Páez, Ronchieri y Agustina (2019), los mismos señalan que la autoeficacia es efectiva en afrontar variedades de situaciones estresantes; significando que a mayor expectativa de resultado y de eficacia para el afrontamiento del estrés, mayor autoeficacia general; al igual que el estudio realizado por Cabana y Delgado (2017), quienes postulan que existe relación entre los niveles estresores y la percepción de autoeficacia del cuidado. Otro estudio semejante al resultado de la presente investigación es el de Castellano et al. (2021), en el cual se incluyó la administración del estrés, la autoeficacia, el locus de las dimensiones de control, la insatisfacción corporal y el trastorno de la actitud

alimentaria. Los resultados indicaron puntuaciones más altas en la insatisfacción corporal, el nivel de estrés y el trastorno de las actitudes alimentarias entre el grupo de modelos de moda en comparación con el control, además, los análisis mediacionales mostraron que la insatisfacción corporal estaba parcialmente mediada por el nivel de estrés en los trastornos alimentarios, indicando que una intervención adecuada para el manejo del nivel de estrés podría posiblemente defender contra el impacto negativo de la insatisfacción corporal en los síntomas del trastorno alimentario.

Mientras que el Ejercicio Físico y la Autoeficacia en el Cuidado de la Alimentación ejercen un efecto directo negativo sobre el Estrés, resultado que no coincide con la investigación de Becerra (2013) quien encontró que la actividad física, el autocuidado, los hábitos alimentarios, el consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en estudiantes universitarios, no se encuentran relacionados de manera significativa con el estrés percibido, sin embargo, plantea que este último si está relacionado con estrategias de afrontamiento.

También se encontró en el presente estudio que, la variable género ejerce un efecto indirecto sobre el estrés a través del Consumo de Sustancias Adictivas y la Autoeficacia en el Afrontamiento de Problemas, mientras que esta última lo hace por medio del Consumo de Sustancias Adictivas. Por su parte la Autoeficacia en la Evitación del Consumo del Tabaco y la Autoeficacia en la Realización de Ejercicio Físico producen también un efecto indirecto sobre el Estrés a través del Consumo de Sustancias Adictivas, el Ejercicio Físico y los otros factores de la autoeficacia en el cuidado de la salud. Resultados que en general concuerdan con Ortiz y Clavero (2014), donde concluyen que existen diferencias marcadas en el género, tanto en el consumo y uso de sustancias adictivas, así como el afrontamiento adecuado, exponiendo a las mujeres como las más consumidoras y que pueden llegar ser adictas, a la vez se inhiben al tratamiento del problema.

Limitaciones

Se consideran por lo menos dos limitaciones en el presente estudio, la primera que los resultados han sido condicionados a un tipo de población (adolescentes), por lo que es necesario realizar estudios que ratifiquen los modelos analizados, lo cual permitirá una evidencia sólida sobre la capacidad de explicación de las variables estudiadas en otros grupos etarios con el fin de confirmar o rebatir los datos obtenidos. La segunda limita-

ción es en relación a la utilización de medidas de autoinforme y sus posibles sesgos tales como la deseabilidad o aceptabilidad social.

Conclusiones

Por último, a la luz de los resultados obtenidos se pueden extraer las siguientes conclusiones:

En primer lugar, el conjunto de variables consideradas en el estudio explica, en buena medida, el Estrés percibido de los adolescentes estudiados y constituyen, de este modo, un ámbito necesario de intervención educativa. Así, las variables contempladas en el modelo alcanzan a explicar el 27% de la varianza total en el nivel de Estrés percibido, lo que parece revelar la importancia del conjunto de variables en la predicción y/o explicación del Estrés percibido en los adolescentes y, por consiguiente, la necesidad de incluir su optimización y desarrollo en los currículos escolares.

Por otro lado, las variables incluidas en el modelo constituyen un entramado particular de relaciones de modo que ninguno de estos constructos funciona independientemente, sino que se interrelacionan, llegando casi a solaparse unos sobre otros. Considerando que, los estilos de vida de los adolescentes surgen en consecuencia de los cambios morfológicos y fisiológicos que ocurren en esa etapa, provocando adquisición de hábitos, rutinas y prácticas inadecuadas, las cuales pueden incidir tanto en su salud como en su contexto escolar (Moral, Agraso, Romas, Jiménez y Jiménez, 2020; Pinho et al, 2019), siendo la autoeficacia en conjunto con otros factores la que le permite al estudiante adolescente tener un mejor desempeño académico siempre y cuando cuente con las habilidades y conocimientos necesarios (Dantas, Guerreiro-Casanova, Gurgel y Benassi, 2015; Soares y Murgo, 2021).

Referencias

Annesi, J. J., & Tennant, G. A. (2014). Generalization of theory-based predictions for improved nutrition to adults with morbid obesity: Implications of initiating exercise. *International Journal of Clinical and Health Psychology, 14*(1), 1-8.

Bandura, A. (1982). *Teoría social del aprendizaje*. España.

Bandura, A. (1995). *Self-efficacy in changing societies*. New York, NY, US: Cambridge University Press.

Becerra, S. (2013). *Rol de estrés percibido y su afrontamiento en las conductas de salud de estudiantes universitarios de Lima*. (Maestría en Psicología Clínica de la Salud), Pontificia Universidad Católica del Perú, Lima, Perú.

Blanco, H. (2010). *Autoeficacia percibida en conductas académicas y cuidado de la salud en alumnos de primer ingreso a la Universidad Autónoma de Chihuahua. Un estudio comparado respecto a los alumnos universitarios de educación física*. (Tesis doctoral), Universidad de Granada, España.

Blanco, H., Ornelas, M., Tristán, J. L., Cocca, A., Mayorga-Vega, D., López-Walle, J., & Viciano, J. (2013). Editor for creating and applying computerise surveys. *Procedia Social and Behavioral Sciences, 106*, 935-940. doi: 10.1016/j.sbspro.2013.12.105

Blanco, J. R., Ornelas, M., Viciano, J., & Rodríguez-Villalobos, J. M. (2016). Composición factorial de una escala de autoeficacia en el cuidado de la alimentación y salud física en universitarios mexicanos. *Nutrición Hospitalaria, 33*(2), 379-385.

Blanco, J. R., Ornelas, M., Viciano, J., & Rodríguez, J. M. (2016). Composición factorial de una escala de autoeficacia en el cuidado de la alimentación y salud física en universitarios mexicanos. *Nutrición Hospitalaria, 33*(2), 379-385.

Blanco, L. H., Diaz- Leal, A., Ornelas, M., Mondaca, F., & Solano, N. (2019). La Autoeficacia en el Cuidado de la Salud en la Predicción de la Satisfacción con la Vida. *RIDEP, 3*(52), 53-65. doi: <https://doi.org/10.21865/RIDEP52.3.05>

Byrne, B. M. (2016). *Structural Equation Modeling With AMOS: Basic Concepts, Applications, and Programming*. New York, NY: Routledge.

Cabana, I., & Delgado, J. (2017). *Estresores labores y percepción de autoeficacia del cuidado humanizado en enfermeras(os), servicio de emergencia, Hospital III Yanahuara ESSALUD, 2016*. (Tesis de Especialidad), Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Arequipa, Perú.

Castellano, S., Rizzotto, A., Neri, S., Currenti, W., Guerrero, C. S., Pirrone, C., . . . Di Corrado, D. (2021). The Relationship between Body Dissatisfaction and Eating Disorder Symptoms in Young Women Aspiring Fashion Models: The Mediating Role of Stress. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education, 11*(2), 607-615.

Dantas, M. A., Guerreiro-Casanova, D. C., Gurgel Azzi, R., & Benassi, M. d. T. (2015). Relações entre autoeficácia acadêmica e estratégias de estudo e aprendizagem: mudanças ao longo do primeiro semestre do Ensino Médio. *Psicologia Ensino & Formação, 6*(1).

Delgado, & Amaya, V. R. (2016). Estudio comparativo de la autoeficacia saludable en las conductas alimenticias de riesgo en jóvenes. *Psicología Iberoamericana, 24*(2), 17-25.

Espinoza, C., & Barra, e. (2018). Autoeficacia, apoyo social y bienestar psicológico en estudiantes universitarios asmáticos. *Revista de Psicología, 14*(28), 141-147.

García, F., Herazo, Y., Sánchez, L., Barbosa, E. J., Coronado, A. C., Corro, E. A., . . . Redondo, C. M. (2020). Autoeficacia hacia la actividad física en escolares colombianos. *Retos,*

- Garrido, D., Vera, Y. S., & Pinto, N. S. (2020). Hábitos saludables en mujeres adultas y madres. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 175-182.
- Gelabert, E., García-Esteve, L., Martín-Santos, R., Gutiérrez, F., Torres, A., & Subirà, S. (2011). Psychometric properties of the Spanish version of the Frost Multidimensional Perfectionism Scale in women. *Psicothema*, 23(1), 133-139.
- Guedea, J. C., Solano-Pinto, N., Blanco, J. R., Ceballos, O., & Zueck, M. d. C. (2017). Autoconcepto físico, género y cuidado de la salud en universitarios mexicanos. *Revista de psicología del deporte*, 26(2), 51-59.
- Jauregui, E. E., Lopez, T., Maci as Serrano, A. N., Porras, S., Reynaga, P., Morales, J. J., & Cabrera, J. L. (2013). Autoeficacia y actividad física en niños mexicanos con obesidad y sobrepeso. *Revista Euroamericana de Ciencias del Deporte*, 2(2), 69-75.
- Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling*. New York: Guilford Press.
- Luszczynska, A., Scholz, U., & Schwarzer, R. (2005). The general self-efficacy scale: multicultural validation studies. *The Journal of psychology*, 139(5), 439-457.
- Madueño, A. (2019). *Autoeficacia y rehabilitación cardíaca en atención primaria de salud*. (Tesis doctoral), Universidad de Huelva.
- Mella, J. (2020). *Motivación, autoconcepto, autoeficacia, bienestar y barreras hacia la actividad física en universitarios*. (Tesis de Maestría), Universidad de Concepción, Chile.
- Mondragon-Barrios, L. (2009). Consentimiento informado: una praxis dialógica para la investigación. *Revista de Investigación Clínica; órgano del Hospital de Enfermedades de la Nutrición*, 61(1), 73.
- Moral, J. E., Agraso, A. D., Ramos, A. J., Jiménez, A., & Jiménez, A. (2020). The Influence of Physical Activity, Diet, Weight Status and Substance Abuse on Students' Self-Perceived Health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(4), 1387.
- Nápoles, N., Blanco, H., Peinado, J. E., Zueck, M. C., Robles, G. S. I., González, M. A., & Ordoñez, E.F. (2020). Autoeficacia en el Cuidado de la Alimentación y la Salud Física en Adolescentes Chihuahuenses. *European Scientific Journal*, 16(8). doi: 10.19044/esj.2020.v16n8p17
- Ornelas, M., Blanco, H., Rodríguez, J. M., & Flores, F. J. (2011). Análisis psicométrico de la escala autoeficacia en conductas de cuidado de la salud física en universitarios de primer ingreso. *Formación Universitaria*, 4(6), 21-34. doi: 10.4067/S0718-50062011000600004
- Ortiz, P., & Clavero, E. (2014). Estilos de consumo de sustancias adictivas en función del género. una aproximación desde el análisis de discurso. *Acta de Sociología*(63), 121-144.
- Palacios, J. R. (2015). Estimación psicométrica de la escala de autoeficacia ante conductas de riesgo para adolescentes en México. *Psychosocial Intervention*, 24(1), 1-7.
- Peinado, J. E., Cocca, A., Solano, N., & Blanco, H. (2017). Invarianza factorial de una escala de autoeficacia en deportistas y no deportistas. *Revista de psicología del deporte*, 26, 0189-0197.
- Pereyra, C., Páez, N., Ronchieri, C. d. V., & Agustina, D. (2019). Validación de la Escala de Autoeficacia para el afrontamiento del estrés en estudiantes universitarios. *Revista Psicología*, 37(2), 473-493.
- Povey, R., Conner, M., Sparks, P., James, R., & Shepherd, R. (2000). Application of the Theory of Planned Behaviour to two dietary behaviours: Roles of perceived control and self-efficacy. *British Journal of Health Psychology*, 5(2), 121-139.
- Pinho, L. d., Santos, M. F., Silva, R. R. V., Messias, R. B., Silva, C. S. d. O., Barbosa, D. A., & Caldeira, A. P. (2019). Percepção da imagem corporal e estado nutricional em adolescentes de escolas públicas. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72, 229-235.
- Reigal, R., Videra, A., & Gil, J. (2014). Práctica física, autoeficacia general y satisfacción vital en la adolescencia. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y del Deporte/International Journal of Medicine and Science of Physical Activity and Sport*, 14(55), 561-576.
- Rodríguez, M. N., & Ruiz, M. A. (2008). Atenuación de la asimetría y de la curtosis de las puntuaciones observadas mediante transformaciones de variables: Incidencia sobre la estructura factorial. *Psicológica*, 29, 205-227.
- Ruiz, M. A., Pardo, A., & San Martín, R. (2010). Modelos de ecuaciones estructurales. *Papeles del psicólogo*, 31(1), 34-45.
- Salgado, M., & Alvarez, J. (2020). Autoeficacia: Relación con los hábitos de salud y la calidad de vida en universitarios del noreste de México. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 11(1), 53-64. doi: <https://doi.org/10.20318/recs.2020.5166>
- Sánchez, I. M., Anzano, S., Cabrera, T., Méndez, S., & Sánchez, F. J. (2013). Bases para el desarrollo de la autoeficacia en programas para la promoción de la actividad física. *Apuntes de Psicología*, 31 (1), 109-116.
- Soares, B. C., & Murgo, C. S. (2021). Percepción de Autoeficacia Académica y Contexto Escolar: ¿Qué Dicen los Estudiantes de la Secundaria? *Psicologia: Ciência e Profissão*, 41, 1-16.
- Unikel, C., Bojórquez, I., & Carreño, S. (2004). Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud Pública de México*, 46, 509-515.
- Yevilao, A. (2020). Autoeficacia: un acercamiento al estado de la investigación en Latinoamérica. *Revista Reflexión e Investigación Educativa*, 2(2), 91-102.
- Zuñiga, R. (2021). *Autoeficacia y calidad de vida relacionada con salud en mujeres sobrevivientes de cáncer mamario*. (Tesis de Maestría), Universidad de Concepción, Chile.