

Citar como:

Robles-Arana Y, Padilla-Lay M. Autoeficacia en usuarios de servicios hospitalarios. Rev Méd Hered. 2024; 35(2): 82-89. DOI:

Recibido: 24/04/2023

Aceptado: 02/02/2024

Declaración de financiamiento y de conflictos de intereses:

El estudio se realizó sobre una base de datos ya existente y como parte de las funciones de los autores que laboran en el INSM, por lo que no requirió de fondos para financiarlo. Los autores no presentan conflicto de interés alguno.

Contribución de autoría:

YR: concepción y diseño del estudio, obtención de base de datos, análisis e interpretación de datos, redacción del artículo, aprobación de la versión a publicar y asunción de la responsabilidad de todos los aspectos del artículo. **MP:** Diseño del estudio, análisis e interpretación de datos, revisión crítica del artículo, aprobación de la versión a publicar y asunción de la responsabilidad de todos los aspectos del artículo.

Correspondencia:

Yolanda Robles-Arana.
Eloy Espinoza Saldaña 709, San Martín de Porres 15102.
yrobles@insm.gob.pe.
997238316



Artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

© Los autores

© Revista Médica Herediana

Autoeficacia en usuarios de servicios hospitalarios ambulatorios

Self-efficacy in users of ambulatory hospital services

Yolanda Robles-Arana^{1,a} , Martín Padilla-Lay^{1,b} 

¹ Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado-. Hideyo Noguchi"

^a Magister en Psicología

^b Licenciado en Psicología

RESUMEN

Autoeficacia es una variable mediadora del cambio conductual en intervenciones psicosociales para el manejo de problemas de salud. **Objetivo:** Determinar el nivel de autoeficacia en la población atendida en hospitales generales y centros de salud de Lima Metropolitana y su relación con problemas mentales comunes y diagnósticos clínicos prevalentes. **Material y métodos:** Estudio de datos secundarios procedentes del Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Hospitales Generales y Centros de Salud en Lima-2015. Se estudió la Escala de Autoeficacia General (EAG) de Schwarzer y Jerusalem y su relación con variables sociodemográficas, especialidades médicas, diagnósticos clínicos frecuentes, y ansiedad, depresión y abuso/dependencia del alcohol. Para el tratamiento de los datos se utilizó estadística descriptiva e inferencial mediante pruebas de independencia de medias y de correlación. **Resultados:** El puntaje promedio de la EAG fue 30,89+6,29 y menor en los usuarios de las especialidades de medicina general, psiquiatría y neurología, y en el servicio de psicología. La autoeficacia se relacionó inversamente con la presencia de depresión y ansiedad, y no con abuso/dependencia de alcohol. En los seis diagnósticos clínicos más frecuentes el puntaje EAG, no fue diferente al mostrado por todos los encuestados, excepto en VIH. **Conclusiones:** La autoeficacia varía según las condiciones sociodemográficas; el promedio de la escala de autoeficacia en la población hospitalaria es menor al reportado en la población general, y es menor en depresión y ansiedad en general que en otras patologías clínicas. Se destaca la conveniencia de intervenciones para fortalecer la autoeficacia de los atendidos en el proceso de tratamiento.

PALABRAS CLAVE: Autoeficacia, atención ambulatoria, ansiedad, depresión, trastornos relacionados con alcohol.

SUMMARY

Self-efficacy is a mediating variable of behavioral change in psychosocial interventions for the management of health problems. **Objective:** To determine the level of self-efficacy in users of general hospitals and peripheral health care centers in Lima and to evaluate its relationship with prevalent mental problems. **Methods:** Secondary data analysis was carried out from the epidemiologic study of mental health in general hospitals and peripheral health care centers conducted in Lima in 2015. The Schwarzer y Jerusalem's scale of general self-efficacy (GSE) was used and correlated with socio-demographics and common clinical diagnoses such as anxiety, depression, and alcohol abuse. Descriptive and inferential statistics were used. **Results:** The mean GSE was 30.89 ± 6.29 ; it was lower in patients attending medical specialties, psychiatry, neurology, and psychology. The self-efficacy inversely correlated with depression and anxiety but not with alcohol abuse. GSE values on patients having the six most common diagnoses were not different but in patients with HIV. **Conclusions:** Self-efficacy varies according to socioeconomic status. The mean GSE is lower than reported in the general population and is lowest in patients with anxiety and depression. We reinforce the need to implement interventions to enhance self-efficacy among patients attending the health care system in Lima.

KEYWORDS: Self efficacy, ambulatory care, anxiety, depression, alcohol-related disorders.

INTRODUCCIÓN

Bandura ⁽¹⁾ propone la autoeficacia como una construcción personal sobre cuán exitosamente puede uno llevar a cabo las conductas requeridas para producir un resultado deseado, y así es el eje de su teoría sobre el cambio de la conducta. La autoeficacia percibida determina si se inicia una conducta de afrontamiento, el esfuerzo a invertir y la perseverancia frente a eventuales obstáculos hacia el cambio. De otro lado, si bien originalmente la autoeficacia se relacionó a situaciones específicas, ha pasado a ser considerada como un concepto más general, y así, representa la confianza en la capacidad personal para tratar con diferentes situaciones demandantes ^(2,3). El nivel de autoeficacia hace diferencia entre las personas con respecto a cómo sienten, piensan y actúan. Quienes tienen mayores niveles de autoeficacia tienen también mayores expectativas de conseguir resultados positivos, que se traduce en una actitud optimista. ⁽⁴⁾

Autoeficacia en el campo de la salud está relacionada con la confianza de la persona en su capacidad para realizar ciertas conductas orientadas a mejorar su estado de salud, la cual influye en su compromiso para desarrollar tales conductas y en el desempeño de ellas. También se refiere a la creencia optimista acerca de ser capaz de resistir tentaciones y de adoptar un estilo de vida saludable ⁽⁵⁾. Asimismo, con el concepto de

empoderamiento del paciente, por el que se consigue que éste entienda su situación y tenga un mayor control e influencia sobre su propia salud. ^(6,7)

Otros constructos psicológicos investigados en relación con las conductas que llevan a enfermar y al manejo personal del tratamiento son autoestima, optimismo, sentido de coherencia, soporte social y afrontamiento activo ^(8,9), señalándose la importancia de desarrollar y evaluar intervenciones psicosociales que se integren al manejo de enfermedades transmisibles y no transmisibles, en los programas de prevención y tratamiento, y en especial en problemas crónicos de salud.

Entre los problemas prevalentes de salud mental en los establecimientos de salud figuran depresión, desórdenes de ansiedad y abuso de alcohol, que incluso no son detectados ⁽¹⁰⁾, y en los que la autoeficacia se encuentra disminuida, influyendo en la actitud y conductas ante éstos y otros problemas de salud concurrentes. ⁽¹¹⁾

Autoeficacia es un mediador clave del cambio conductual en la salud y es una característica modificable. El desarrollo de la autoeficacia se focaliza en diferentes aspectos: conductas que mantienen los problemas de salud, autocuidado, cumplimiento de

las indicaciones médicas y en programas de entrevista motivacional ⁽¹²⁾. Conocer el nivel de autoeficacia de los usuarios de establecimientos de salud, de las condiciones clínicas y de los trastornos mentales más frecuentes, permite orientar la ejecución de acciones y programas que contribuyan al cambio de conductas para recuperar la salud.

El objetivo de la investigación fue determinar el nivel de autoeficacia en la población atendida en hospitales generales y centros de salud de Lima Metropolitana y su relación con la presencia de trastornos mentales y diagnósticos clínicos prevalentes.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio descriptivo, relacional, sobre la base de datos del Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Hospitales Generales y Centros de Salud de Lima Metropolitana realizado en el año 2015 ⁽¹⁰⁾. La población estuvo conformada por personas de 18 años o más que acudieron para atención médica a ocho hospitales generales y dos centros de salud de referencia de cada uno. El muestreo fue estratificado según establecimiento y por conglomerados, según diecisiete especialidades médicas y el servicio de psicología. Las especialidades médicas fueron: Cardiología, Cirugía, Dermatología, Endocrinología, Enfermedades Infecciosas / Infectología, Gastroenterología, Ginecología, Medicina General, Medicina Interna, Neumología, Neurología, Oftalmología, Otorrinolaringología, Psiquiatría, Reumatología, Traumatología y Urología. La muestra final fue 10 885.

Todos los datos utilizados en la presente investigación fueron tomados de la base de datos del estudio primario: información sociodemográfica, especialidad médica, diagnóstico médico, diagnóstico de trastornos mentales y autoeficacia ⁽¹⁰⁾. Para el estudio actual se establecieron los diagnósticos médicos con una frecuencia mayor o igual al 1% en la muestra, identificándose seis: Hipertensión esencial primaria (I10X), Gastritis no especificada (K297), Enfermedad por VIH (B20.0), Infección de vías urinarias (N390), Hiperplasia de la próstata (N40) y Lumbago no especificado (M545). El diagnóstico de trastorno mental se obtuvo de las secciones correspondientes de la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional versión español modificada ⁽¹⁰⁾. Para el estudio actual, trastornos de ansiedad en general incluyó: agorafobia, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de estrés postraumático y fobia social;

trastornos depresivos en general incluyó: episodio depresivo moderado a severo y distimia, y, problemas de alcohol, incluyó abuso/dependencia. Autoeficacia fue recogida con la Escala de Autoeficacia General de Schwarzer y Jerusalem (EAG) compuesta por diez ítems, con altos índices de confiabilidad en estudios realizados en diferentes países. ^(13,14)

Para el estudio, se utilizó la base de datos sin ponderación. Se utilizó estadística descriptiva e inferencial estableciendo porcentajes, medias y desviación estándar y confiabilidad de la EAG, y para la independencia de medias, las pruebas de Mann-Whitney y Kruskal-Wallis, y correlación de Spearman. El análisis se realizó con el programa SPSS versión 20, licencia institucional del INSM.

El proyecto de la investigación original ⁽¹⁰⁾ de la cual se tomaron los datos, fue aprobado por el Comité Institucional de Ética de la Investigación del INSM, incluyendo el consentimiento informado de los participantes. El proyecto de la investigación actual, de datos secundarios, fue exonerado de revisión por el mismo Comité de Ética.

RESULTADOS

Las características de la muestra de los usuarios de los establecimientos de salud se presentan en la tabla 1.

La confiabilidad de la EAG por el método de consistencia interna a través del Alpha de Cronbach fue 0,949, con media de $30,89 \pm 6,29$. Según las variables sociodemográficas la EAG mostró diferencias significativas en todas ellas (tabla 2). La autoeficacia fue mayor en varones, decreciente con mayor edad, creciente con mayor nivel educativo, decreciente con mayor nivel de pobreza, y mayor en el estado soltero.

En la tabla 3, se presentan la media y desviación estándar de la EAG en los usuarios de las 17 especialidades médicas y del servicio de psicología. La comparación entre todas las medias de la EAG de las especialidades mediante la prueba Kruskal-Wallis reveló la existencia de diferencias significativas ($p < 0,001$). De manera específica, la comparación de la media de la EAG de cada especialidad con la media del resto de la muestra presentó diferencias significativas: la media de los usuarios de las especialidades de cirugía, dermatología, gastroenterología, medicina interna y traumatología fue mayor que el resto, y fue significativamente menor en los usuarios de las especialidades de medicina general, neurología, psiquiatría y del servicio de psicología.

En la tabla 4 se muestra la media y desviación estándar de la EAG en los usuarios con los seis diagnósticos clínicos más frecuentes y para los tres trastornos mentales comunes, la comparación de las medias de la EAG de cada grupo diagnóstico con la media para toda la muestra y las correlaciones entre la presencia de cada grupo

diagnóstico y la puntuación de la EAG. La media de los usuarios con el diagnóstico de enfermedad por VIH fue significativamente mayor, mientras que en los grupos de ansiedad en general y depresión en general fue menor significativamente. Asimismo, en estos tres grupos la correlación con la EAG fue significativa, pero baja.

Tabla 1. Características sociodemográficas de la muestra de estudio (n=10 885).

Variables	n	%
Sexo		
Masculino	3 875	35,6
Femenino	7 010	64,4
Grupos de edad		
18 a 24 años	1 579	14,5
25 a 44 años	3 483	32,0
45 a 64 años	4 022	36,9
65 años o más	1 799	16,5
Nivel educativo		
Sin nivel a Primaria (incluido inicial)	2 574	23,6
Secundaria (incluido bachillerato)	5 700	52,4
Superior no universitaria	1 462	13,4
Superior universitaria (incluido posgrado)	1 149	10,6
Estado civil		
Conviviente	2 871	26,4
Separado, divorciado o viudo	2 795	25,7
Casado	2 549	23,4
Soltero	2 669	24,5
Nivel de pobreza		
Pobre extremo (dos o más NBI)	336	3,1
Pobre (una NBI)	1 794	16,5
No Pobre (ninguna NBI)	8 748	80,4

Tabla 2. Escala de autoeficacia general según variables sociodemográficas.

Variables	Media $\pm$ DE	Valor p
Sexo		
Masculino	31,26 $\pm$ 6,32	<0,001 ^a
Femenino	30,68 $\pm$ 6,27	
Grupos de edad		
18 a 24 años	32,02 $\pm$ 6,21	<0,001 ^b
25 a 44 años	31,44 $\pm$ 6,28	
45 a 64 años	30,77 $\pm$ 6,16	
65 años o más	29,09 $\pm$ 6,30	
Nivel estudios		
Sin nivel a Primaria	28,96 $\pm$ 6,34	<0,001 ^b
Secundaria	30,88 $\pm$ 6,22	
Superior no universitaria	32,25 $\pm$ 5,87	
Superior universitaria	33,53 $\pm$ 5,65	
Estado civil		
Conviviente	30,93 $\pm$ 6,04	<0,001 ^b
Separado, divorciado o viudo	30,14 $\pm$ 6,33	
Casado	30,91 $\pm$ 6,26	
Soltero	31,61 $\pm$ 6,47	
Nivel de pobreza		
Pobre extremo	29,43 $\pm$ 6,34	<0,001 ^b
Pobre	30,09 $\pm$ 6,16	
No Pobre	31,11 $\pm$ 6,30	

^a Prueba de Mann-Whitney

^b Prueba de Kruskal-Wallis

Tabla 3. Valores de la Escala de autoeficacia general según especialidades médicas y comparaciones con la EAG total.

Especialidad médica y Psicología	N (%)	Media $\pm$ DE	Valor p ^a
Cardiología	710 (6,5)	30,82 $\pm$ 6,55	0,974
Cirugía	445 (4,1)	32,30 $\pm$ 5,88	<0,001
Dermatología	425 (3,9)	32,16 $\pm$ 5,76	<0,001
Endocrinología	549 (5,0)	30,83 $\pm$ 5,77	0,461
Enfermedades Infecciosas/Infectología	362 (3,3)	31,42 $\pm$ 6,56	0,06
Gastroenterología	626 (5,7)	31,86 $\pm$ 5,58	<0,001
Ginecología	634 (5,8)	31,40 $\pm$ 5,66	0,09
Medicina General	2056 (18,9)	30,10 $\pm$ 6,17	<0,001
Medicina Interna	850 (7,8)	31,57 $\pm$ 6,27	<0,001
Neumología	398 (3,6)	30,99 $\pm$ 6,79	0,575
Neurología	547 (5,0)	29,88 $\pm$ 6,63	<0,001
Oftalmología	666 (6,1)	31,40 $\pm$ 5,72	0,078
Otorrinolaringología	473 (4,3)	31,48 $\pm$ 5,90	0,062
Psicología	220 (2,0)	28,16 $\pm$ 7,46	<0,001
Psiquiatría	393 (3,6)	28,33 $\pm$ 7,69	<0,001
Reumatología	484 (4,4)	30,08 $\pm$ 7,06	0,078
Traumatología	576 (5,3)	32,48 $\pm$ 5,46	<0,001
Urología	419 (3,8)	30,40 $\pm$ 6,21	0,098

EAG total: M=30,89; DE=6,29

^a Prueba de Mann-Whitney**Tabla 4.** Valores de la EAG en los diagnósticos clínicos más frecuentes y comparaciones y correlaciones con la EAG total.

Diagnóstico CIE-10/Grupos	N (%)	Media $\pm$ DE	Valor p ^a	ρ ho (p) ^b
I10X Hipertensión esencial primaria	348 (3,2)	30,80 $\pm$ 6,32	0,8	-0,002 (0,800)
K297 Gastritis no especificada	339 (3,1)	30,45 $\pm$ 6,54	0,191	-0,013 (0,191)
B20.0 Enfermedad por VIH	233 (2,1)	32,27 $\pm$ 6,41	<0,001	0,034 (<0,001)
N390 Infección de vías urinarias	228 (2,1)	30,53 $\pm$ 6,05	0,454	-0,007 (0,454)
N40 Hiperplasia de la próstata	117 (1,1)	30,40 $\pm$ 5,73	0,23	-0,012 (0,230)
M545 Lumbago no especificado	109 (1,0)	30,60 $\pm$ 5,95	0,449	-0,007 (0,449)
Trastorno de ansiedad en general actual	215 (2,0)	27,74 $\pm$ 6,66	<0,001	-0,068 (<0,001)
Trastorno de depresión en general actual	758 (7,0)	26,26 $\pm$ 7,17	<0,001	-0,177 (<0,001)
Abuso/dependencia de alcohol anual	87 (0,8)	30,61 $\pm$ 6,86	0,743	-0,003 (0,743)

EAG total: M=30,89; DE=6,29

^a Prueba de Mann-Whitney^b Correlación de Spearman (valor p)

DISCUSIÓN

El puntaje promedio de la EAG en la población ambulatoria, $M=30,89+6,29$ es menor al informado en otro estudio ⁽¹⁵⁾ con población de Lima $M=34,3$, posiblemente como reflejo del natural sentimiento de vulnerabilidad ante la amenaza al estado de salud. La autoeficacia varía según todas las condiciones sociodemográficas, lo que refleja su multideterminación.

Entre las diecisiete especialidades médicas, el nivel de autoeficacia es menor en los usuarios de medicina general, psiquiatría y neurología, y en el servicio de psicología, lo cual indica el menor sentido de competencia para afrontar sus enfermedades y trastornos, en particular en los problemas de salud mental. ⁽¹¹⁾

En el estudio se identificaron los diagnósticos con frecuencia mayor al 1%: hipertensión esencial primaria, gastritis no especificada, enfermedad por VIH, infección de vías urinarias, hiperplasia de la próstata y lumbago no especificado, encontrándose que los promedios en la EAG son similares a los de la población hospitalaria globalmente, excepto en enfermedad por VIH. Nótese que la mayoría son condiciones crónicas, en las que la adherencia al tratamiento y el cambio en el estilo de vida son fundamentales para mantener el mayor grado de funcionalidad y de calidad de vida, considerando la importancia del desarrollo de autoeficacia, como se muestra en los siguientes estudios. En relación con la hipertensión, el diagnóstico más frecuente, los programas de tratamiento y preventivos incluyen programas educativos que promueven la autoeficacia entendida como la confianza de la persona en su capacidad para mejorar el manejo de la presión sanguínea a través de cambios en el estilo de vida. ⁽¹⁶⁾

El segundo diagnóstico más frecuente fue gastritis, que se encuentra dentro de los diez grupos de problemas de salud con mayor demanda a nivel nacional ⁽¹⁷⁾. En pacientes con trastornos gastrointestinales eosinofílicos, condición crónica inflamatoria, Ballou et al. ⁽¹⁸⁾ encontraron menores niveles de autoeficacia en pacientes con mayor cantidad de síntomas actuales en comparación con quienes se encuentran en remisión y los que siguen su régimen de dieta. Con relación a personas con VIH, Wolf et al. ⁽¹⁹⁾ encuentran que, si bien la adherencia al tratamiento está directamente relacionada con el nivel de educación, tal asociación está mediada por el nivel de autoeficacia.

En mujeres embarazadas, Ghouri et al. ⁽²⁰⁾ resaltan el rol de la autoeficacia para desarrollar conductas

orientadas a prevenir infecciones urinarias y el uso de antibióticos, por la frecuencia de infecciones resistentes del tracto urinario. De la revisión meta analítica de estudios sobre programas de automanejo para pacientes con cáncer de próstata, se encuentra que tienen efecto positivo en la calidad de vida y en la autoeficacia ⁽²¹⁾. De otro lado, el dolor crónico, como el caso del lumbago, es una de las condiciones más difíciles de tratar; además de las intervenciones dirigidas al aumento de la autoeficacia, el apoyo en el modelo conductual es importante para examinar los pensamientos catastróficos y la kinesofobia. ⁽²²⁾

Respecto de otros problemas de salud frecuentes, no abordados en este estudio, igualmente se destaca la importancia de considerar la autoeficacia dentro de los programas de apoyo al tratamiento. Así, para el autocuidado en la diabetes mellitus tipo 2 ⁽²³⁾; en enfermedad coronaria ⁽²⁴⁾; en problemas pulmonares crónicos ⁽²⁵⁾; consumo de tabaco ⁽²⁶⁾; enfermedades crónicas ⁽²⁷⁾; en programas de abuso de drogas, ejercicio físico, bajar de peso ⁽²⁸⁾. Asimismo, se encuentra que el nivel de autoeficacia para el manejo de síntomas específicos del daño cerebral y calidad de vida mejoran después de la rehabilitación neuropsicológica ⁽²⁹⁾. Se ha estudiado la autoeficacia y la posibilidad de desarrollarla en relación a conductas saludables como habituarse a ejercicios físicos ⁽³⁾, mejorar la relación madre-bebe considerando qué tan difícil percibe la madre al niño ⁽³⁰⁾, entre otras condiciones.

La frecuencia de desórdenes mentales comunes en la atención primaria es alta, particularmente depresión, ansiedad y problemas en el consumo de alcohol, y muchos casos no son identificados ⁽¹⁰⁾. En el presente estudio se encuentra que, en comparación con todos los usuarios de los establecimientos de salud, la autoeficacia es significativamente menor en las personas que presentan trastornos de ansiedad en general y depresión en general, y las correlaciones entre la presencia de estos trastornos y autoeficacia, aunque bajas, son inversas y significativas.

En particular, características personales como autoestima y autoeficacia se encuentran disminuidas en estas condiciones, que reflejan experiencias de desamparo e impotencia para tratar con diferentes situaciones ⁽¹⁴⁾. En una revisión de artículos sobre las expectativas de eficacia y las expectativas de aspiración en trastornos de depresión y ansiedad, Villamarín ⁽¹¹⁾ encontró que en trastornos de ansiedad el nivel de autoeficacia se relaciona directamente con la conducta de afrontamiento y la sensación de miedo, y en el caso

de depresión aparece la combinación de alta aspiración de resultados y baja autoeficacia. El abordaje de la autoeficacia en las condiciones de depresión y ansiedad fortalecería no solo la capacidad de las personas para manejar el tratamiento de estas condiciones, sino para el tratamiento de las enfermedades coexistentes.

La confianza en la propia habilidad para realizar ciertas conductas relacionadas con la salud influye en la realización de tales conductas, las cuales a su vez influyen en la prevención de enfermedades y en la evolución de éstas. La no adherencia al tratamiento puede afectar la calidad de vida de las personas, en especial tratándose de enfermedades crónicas, planteándose la autoeficacia dentro del modelo de la teoría social cognitiva, al lado de otras teorías como la de Prochaska y Diclemente, como un factor para explicarla y modificarla.⁽⁹⁾

Entre las limitaciones de la investigación se debe mencionar que las variables utilizadas provienen de un estudio más amplio que contempla otras variables, cuyo contenido eventualmente puede influir en las respuestas a la EAG. Los diagnósticos clínicos más frecuentes identificados no necesariamente se corresponden con los diagnósticos prevalentes en los establecimientos, considerando las características del muestreo. No se han abordado condiciones de comorbilidad que potencialmente pueden afectar el nivel de autoeficacia.

Se concluye que la EAG varía según condiciones sociodemográficas, lo que se debe tener en consideración para las intervenciones, y es menor en la población que acude a atención médica en comparación con el nivel informado en la población general. Se registran menores niveles de autoeficacia en los usuarios de las especialidades de medicina general, psiquiatría y neurología y en el servicio de psicología. No es diferente el nivel de autoeficacia en los seis diagnósticos clínicos más frecuentes en relación al obtenido en todos los usuarios, excepto en enfermedad por HIV que es significativamente mayor. El nivel de autoeficacia es significativamente menor en las condiciones de trastornos depresivos en general y de trastornos de ansiedad en general, no así en el abuso/dependencia de alcohol, en comparación con la población que asiste a los servicios de atención.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Bandura A. Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychol Rev*. 1977; 84(2):191-215. doi: 10.1037//0033-295x.84.2.191
2. Scholz U, Gutiérrez-Doña B, Sud S, Schwarzer R. Is general self-efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries. *EJPA*. 2002; 18 (3): 242-251. doi: 10.1027/1015-5759.18.3.242
3. Ashford S, Edmunds J, French D. What is the best way to change self-efficacy to promote lifestyle and recreational physical activity? A systematic review with meta-analysis. *Br J Health Psychol*. 2010; 15:265–288. DOI:10.1348/135910709X461752
4. Karademas E. Self-efficacy, social support and well-being the mediating role of optimism. *Pers Indiv Differ*. 2006; 40(6): 1281–1290. doi: 10.1016/j.paid.2005.10.019
5. Schwarzer R. Health Action Process Approach (HAPA) as a Theoretical Framework to Understand Behavior Change. *Actual Psicol*. 2016 30(121):119. DOI: 10.15517/ap.v30i121.23458
6. Kärner Köhler A, Tingström P, Jaarsma T, Nilsson S. Patient empowerment and general self-efficacy in patients with coronary heart disease: a cross-sectional study. *BMC Fam Pract*. 2018; 19(1):76. doi: 10.1186/s12875-018-0749-y
7. Greenglass E, Fiksenbaum L. Proactive Coping, Positive Affect, and Well-Being Testing for Mediation Using Path Analysis. *European Psychologist*. 2009; 14(1): 29–39. doi 10.1027/1016-9040.14.1.29
8. Tsiligianni I, Sifaki-Pistolla D, Gergianaki I, Kampouraki M, Papadokostakis P, Poulonirakis I, et al. Associations of sense of coherence and self-efficacy with health status and disease severity in COPD. *NPJ Prim Care Respir Med*. 2020; 30(1): 27. doi: 10.1038/s41533-020-0183-1
9. Ortiz M y Ortiz E. Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Rev Méd Chile*. 2007; 135: 647-652. doi: 10.4067/S0034-98872007000500014
10. Saavedra JE, Paz V, Robles Y, Luna Y, Zevallos S, Cruz V, Huamán J.. Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Hospitales Generales y Centros de Salud de Lima Metropolitana – 2015. Informe General. *Anales de Salud Mental*. 2018; XXXIV(1):17-184.
11. Villamarín F. Papel de la auto-eficacia en los trastornos de ansiedad y depresión. *Anal Modif Cond*. 1990; 16(47):55-79.
12. Salinas J, Bello S, Chamorro H y Gonzalez C. Consejería en alimentación, actividad física y tabaco. Instrumento fundamental en la práctica profesional. *Rev Chil Nutr*. 2016; 43(4):434-442. doi: 10.4067/S0717-75182016000400015

13. Schwarzer R, Mueller J, Greenglass E. Assessment of perceived general self-efficacy on the Internet: Data collection in cyberspace. *Anxiety Stress Coping*. 1999; 12(2):145-161. doi: 10.1080/10615809908248327
14. Luszczynska A, Gutiérrez-Doña B, Schwarzer R. General self-efficacy in various domains of human functioning: Evidence from five countries. *Int J Psychol*. 2005; 40(2):80-89. doi: org/10.1080/00207590444000041
15. Saavedra JE, Paz V, Vargas H, Robles Y, Pomalima R, González S, Zevallos S, Luna Y, Saavedra C. Estudio Epidemiológico de Salud Mental de Lima Metropolitana y Callao 2012-Replicación. Informe General. *Anales de Salud Mental*. 2013; XXIX (Supl 1):21-268.
16. Foroumandi E, Kheirouri S, Alizadeh M. The potency of education programs for management of blood pressure through increasing self-efficacy of hypertensive patients: A systematic review and meta-analysis. *Patient Educ Couns*. 2020; 103(3):451-461. doi.org/10.1016/j.pec.2019.09.018
17. MINSA. REUNIS. Repositorio único Nacional de información en salud. [Citado el 11 diciembre 2022]. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/reunis/data/morbilidad_HIS.asp
18. Ballou S, Taft T, Keefer L. Disease-specific self-efficacy in the eosinophilic gastrointestinal disorders. *J Health Psychol*. 2015 Aug;20(8):1027-36. doi: 10.1177/1359105313506028.
19. Wolf M, Davis T, Osborn Ch, Skripkauskas S, Bennett Ch, Makoul G. Literacy, self-efficacy, and HIV medication adherence. *Patient Educ Couns*. 2007; 65(2):253-260. doi.org/10.1016/j.pec.2006.08.006
20. Ghouri F, Hollywood A, Ryan K. 'There is no choice apart from antibiotics...': Qualitative analysis of views on urinary infections in pregnancy and antimicrobial resistance. *Health Expect*. 2020; 23(3):644-650. DOI: 10.1111/hex.13044
21. Martín-Núñez J, Heredia-Ciuró A, Valenza-Peña G, Granados-Santiago M, Hernández-Hernández S, Ortiz-Rubio A, et al. Systematic review of self-management programs for prostate cancer patients, a quality of life and self-efficacy meta-analysis. *Patient Educ Couns*. 2023; 107:107583. doi.org/10.1016/j.pec.2022.107583
22. Bahamondes C, Casanga M, Castro M, Jorratt A. Relación de los Factores Psicoemocionales en la Intensidad del Dolor y la Funcionalidad en Usuarios Adultos con Lumbalgia Crónica Inespecífica de las Comunas de Coquimbo y La Serena. *Dolor*. 2018; 28(70):24-28
23. Mohebi S, Azadbakht L, Feizi A, Sharifirad G, Kargar M. Review the key role of self-efficacy in diabetes care. *J Edu Health Promot [serial online]* 2013; 2:36. DOI: 10.4103/2277-9531.115827
24. Tabernero C, Gutiérrez-Domingo T, Vecchione M, Cuadrado E, Castillo-Mayén R, Rubio S, et al. A longitudinal study on perceived health in cardiovascular patients: The role of conscientiousness, subjective wellbeing and cardiac self-efficacy. *PLoS One*. 2019; 14(10): e0223862. doi: 10.1371/journal.pone.0223862
25. Rzakiewicz M, Nasilowski J. Psychosocial Interventions for Patients with Severe COPD- An Up-to-Date Literature Review. *Medicina (Kaunas)*. 2019; 55(9):597. doi: 10.3390/medicina55090597
26. Girvalaki C, Papadakis S, Mechili EA, Nikitara K, Demin A, Trofor AC et al. Impact of the ENSP eLearning platform on improving knowledge, attitudes and self-efficacy for treating tobacco dependence: An assessment across 15 European countries. *Tob Induc Dis*. 2020; 7:18:40. doi: 10.18332/tid/120188
27. Franek J. Self-management support interventions for persons with chronic disease: an evidence-based analysis. *Ont Health Technol Assess Ser*. 2013;13(9):1-60.
28. Madueño-Caro AJ, Mellado-Fernández ML, Pardos-Lafarga M, Muñoz-Ayllón M, Saez-Garcia L, Gómez-Salgado J. Cardiac Rehabilitation in Primary Care. Impact of an Intervention on Perceived Self-Efficacy. *J Funct Morphol Kinesiol*. 2019; 4(2):32. doi: 10.3390/jfmk4020032
29. Brands I, Custers M, van Heugten C. Self-efficacy and Quality of Life after Low-intensity Neuropsychological Rehabilitation: A Pre-post Intervention Study. *NeuroRehabilitation* 2017; 40(4):587-594. DOI: 10.3233/NRE-171446
30. Fulton J, Mastergeorge A, Steele J, Hansen R. Maternal perceptions of the infant: relationship to maternal self-efficacy during the first six weeks' postpartum. *Infant Ment Health J*. 2012; 33(4):329-338. DOI: 10.1002/imhj.21323