

Acciones de autorregulación social y sanitaria en tiempos de pandemia

Social and Health-Related Self-Regulation Actions During the Pandemic

José Manuel Calizaya López¹ <https://orcid.org/0000-0001-6221-0909>

Yaneth Alemán Vilca¹ <https://orcid.org/0000-0002-9820-6036>

Gloria Isabel Monzón Álvarez¹ <https://orcid.org/0000-0001-8712-5188>

Rildo Santos Bellido Medina¹ <https://orcid.org/0000-0002-8699-3490>

Alfredo Ruitval Velazco Gonzales¹ <https://orcid.org/0000-0001-9358-3425>

Franyelit Suárez-Carreño² <https://orcid.org/0000-0002-8763-5513>

¹Universidad Nacional de San Agustín. Arequipa, Perú.

²Universidad de las Américas, Facultad de Ingeniería y Ciencias Aplicadas. Quito, Ecuador.

*Autor para correspondencia: franyelit.suarez@udla.edu.ec

RESUMEN

Introducción: La autoeficacia es una necesidad de vida para las personas, está relacionada con la teoría del aprendizaje social y se corresponde con el conocimiento que se tiene sobre las capacidades propias para alcanzar metas y lograr objetivos.

Objetivo: Evaluar la autorregulación social y sanitaria en los momentos de pandemia, en distintos grupos etarios.

Métodos: Estudio transversal, descriptivo, no experimental. Los datos se obtuvieron en los meses de enero a marzo del año 2020. Se trabajó con una muestra de 1239 participantes, comprendidos en cuatro grupos: 191 adolescentes, 310 jóvenes, 599 adultos, 139 adultos mayores. Se utilizó la escala de autoeficacia general.

Resultados: El nivel de autoeficacia en la población peruana de Arequipa fue de nivel medio con tendencia alta. En el grupo argentino, el 53,9 % mostró estar bastante seguro de poder encontrar los medios y caminos para alcanzar sus metas. Hubo bastante similitud en ambos grupos, por lo que puede afirmarse que los adultos mayores se sienten capaces de realizar sus actividades diarias, cumplir con sus metas y regulaciones sin mayores complicaciones.

Conclusión: Se evidencia que la autorregulación social y sanitaria, conocida como autoeficacia, está condicionada a factores socioculturales y educativos, que no depende únicamente de la edad o del sexo. Se contrastó que las personas en general tienen buena disposición para considerarse capaces para alcanzar sus propósitos individuales.

Palabras clave: autoeficacia; factores educativos; factores socioculturales; grupos etarios.

ABSTRACT

Introduction: Self-efficacy is a life necessity for people, also related to social learning theory and in correspondence with the knowledge that a person has about self-abilities to reach goals and achieve objectives.

Objective: To assess social and health-related self-regulation in different age groups during times of pandemic.

Methods: A cross-sectional, descriptive, non-experimental study was carried out. The data were obtained from January to March 2020. The work was developed with a sample of 1239 participants, divided into four groups: 191 adolescents, 310 young people, 599 adults and 139 older adults. The general self-efficacy scale was used.

Results: The level of self-efficacy in the Peruvian population of Arequipa was average with a tendency towards being high. In the Argentinean group, 53.9% were fairly confident of being able to find the means and ways to achieve their goals. Both were pretty similar, a reason why it can be affirmed that older adults feel themselves capable of carrying out their daily activities, as well as accomplishing their goals and regulations without major complications.

Conclusion: Social and health self-regulation, known as self-efficacy, is evidenced to be conditioned by sociocultural and educational factors, not depending on age or sex only. In general, people were perceived to have a good disposition to consider themselves capable of achieving their individual purposes.

Keywords: self-efficacy; educational factors; sociocultural factors; age groups.

Recibido: 01/09/2021

Aceptado: 22/12/2021

Introducción

El instinto humano es una característica innata que le impulsa a mantener su supervivencia y su trayectoria en el tiempo.⁽¹⁾ Esta cualidad le ha permitido al ser humano sobrevivir a distintas situaciones a lo largo de la historia; además, le ha sido posible su reproducción para prevalecer en el tiempo. Resulta necesario para los humanos cuidarse de situaciones adversas, o que puedan parecerlo, que atenten contra su persona o que puedan ser de riesgo para su vida, para su estado estable de salud y de bienestar.

Algunos autores afirman que el comportamiento humano puede ser medible y predecible con la aplicación de algunas técnicas computacionales que permitan definir algunos patrones de la conducta, sobre todo en algunas enfermedades específicas.⁽²⁾ Sin embargo, mucho se ha escrito de la conducta humana y sus formas impredecibles, que están relacionados con los valores culturales,⁽³⁾ asegurándose que la conducta humana, generalmente, busca el bienestar individual y colectivo.

Sin embargo, el surgimiento de la psicología positiva permite adoptar un nuevo enfoque para abordar el comportamiento humano desde el bienestar, las tendencias optimistas y el afecto positivo, así como, las virtudes ciudadanas a través de la práctica de valores que permiten el crecimiento de la persona en su contexto, adaptándose a los cambios sociales.^(4,5) En ese sentido, la autoeficacia se sustenta en la psicología positiva del bienestar de la persona, alegando que es la capacidad individual y estable para poder efectivizar la conducta de una persona para afrontar las diferentes situaciones de la vida que son potencialmente estresantes,⁽⁶⁾ pero también se puede definir como la voluntad y la capacidad de las personas para influir activamente en diversas conductas de la vida cotidiana.⁽⁷⁾ Así pues, la autoeficacia se relaciona con la actitud de las personas, el control del estrés y mayor rigor en el cumplimiento de las recomendaciones médicas.^(6,7)

La persona con autoeficacia efectiva logra adaptarse a los nuevos estilos de vida que le permitan tener una mejor salud y en consecuencia una mejor calidad de vida.⁽⁸⁾ El espacio social es un entorno que influye en las destrezas y motivaciones que el individuo logre para ser autoeficaz;^(9,10) así como el afecto y los vínculos familiares son determinantes para un autocuidado apropiado y una motivación coherente, que conduzca al seguimiento de medicamentos y la aceptación de normas y la valoración de la salud.⁽¹¹⁾

Las personas deben estar conscientes de los alcances positivos de la autoeficacia, para con ello establecer conductas que le permitan gestionar sus tratamientos médicos y cumplir con las normativas establecidas para su bienestar y salud. Una buena relación familiar puede

motivar a una mayor autoeficacia, un mejor desempeño de las habilidades, mayor perseverancia, mayor dedicación y el cumplimiento de objetivos más grandes.⁽¹⁰⁾

Es así como el aspecto motivacional se da a nivel cognitivo influenciado por tres mediadores: en primer lugar, las atribuciones que son la causa de los éxitos o fracasos; en segundo lugar, las expectativas que son el resultado de una determinada conducta y, en tercer lugar, los objetivos que permite a la persona situar sus acciones y se plantean estímulos para esforzarse hasta conseguirlos.⁽¹¹⁾

Espinosa y otros⁽¹³⁾ afirman que, en relación a los adultos mayores, los estudios se han enfocado en el autocuidado relacionado a tratamientos médicos y aspectos saludables como la ejercitación al aire libre, encontrando que las mujeres se preocupan más por los aspectos saludables que los hombres.

Para los grupos etarios correspondientes a adultos, las investigaciones revelan que estos se enfocan en el trabajo principalmente, y la autoeficacia se puede observar en el cumplimiento de objetivos laborales, la producción relacionada al trabajo y la generación de expectativas asociadas a las organizaciones.⁽¹⁴⁾

En cuanto a los grupos de adolescentes y jóvenes, las investigaciones encontraron que estos manifiestan una mayor tendencia de autoeficacia en los entornos académicos, grupos de trabajo, intereses de formación y educación, pero también aquellos aspectos relacionados con la familia y entornos sociales.^(11,15,16)

Los estudios previos sobre autoeficacia han sido analizados independientemente en grupos etarios separados, lo que ha imposibilitado establecer la comparación del nivel de autoeficacia en toda la población para conocer la forma en que experimentan las personas sus logros o fracasos en la vida cotidiana. En este sentido, el objetivo de este trabajo fue evaluar la autorregulación social y sanitaria en los momentos de pandemia, en distintos grupos etarios.

Métodos

Estudio transversal, descriptivo y no experimental. La muestra estuvo compuesta por 1239 personas, de los cuales: 191 eran adolescentes de 12 a 17 años, 310 eran jóvenes de 18 a 29 años, 599 eran adultos de 30 a 59 años y 139 adultos eran mayores de 60 años a más. Los participantes correspondían a habitantes de cuatro distritos de la ciudad de Arequipa, quienes fueron seleccionados aleatoriamente.

Criterios de inclusión: personas que habitan en zonas urbanas, desde el grupo de adolescentes hasta adultos mayores, de ambos sexos.

Criterios de exclusión: personas que habitan en zonas rurales, infantes y niños, personas con algún tipo de discapacidad que pudiera limitar su participación.

La población total fue de 66 356 habitantes según los grupos tomados. La muestra fue aleatoria estratificada según la cantidad poblacional.

Para la recolección de información, se utilizó la escala de autoeficacia general versión en español^(17,18) que contiene 10 ítems, las respuestas se encuentran en una escala tipo Likert que oscilan entre 1 y 4 donde 1 es “incorrecto” y 4 es “cierto”, la puntuación total de la escala es de 10 a 40 puntos, en esta escala a mayor puntaje mayor autoeficacia general percibida. En el instrumento se incluyeron características sociodemográficas como edad, sexo, estado civil, escolaridad, condición de trabajo e ingresos mensuales, además se consignaron los datos del consentimiento informado.

Para la versión adaptada a la muestra local se obtuvieron los niveles de confiabilidad de la escala mediante el método de consistencia interna y con la prueba alfa de Cronbach, por lo tanto, el instrumento posee buena confiabilidad, ya que se obtuvo un valor de 0,862 en la escala general, que es un valor considerado bueno.⁽¹⁹⁾

Se realizó una comparación de los datos obtenidos con el estudio realizado por *Luque* y otros,⁽²⁰⁾ donde se exponen los criterios encontrados en una población argentina compuesta de 243 sujetos de ambos sexos, con edades entre 50 y 95 años. Esta comparación se enfocó en adultos mayores, por ser el grupo etario más susceptible y con mayores necesidades de autocuidado y por tratarse de temas relacionados a la salud.

Para la aplicación del instrumento en el grupo peruano se obtuvo consentimiento de los participantes, en el caso de los adolescentes, se obtuvo previa autorización de sus centros educativos y padres, en el caso de las personas mayores se incluyeron aquellos que vivían en la comunidad y fueron contactadas, a quienes se les explicó el objetivo del estudio. Se obtuvo consentimiento informado. Posteriormente se entregó el instrumento para que cada grupo respondiera de manera individual.

Se analizaron los datos obtenidos en Buenos Aires, Argentina, donde la encuesta se realizó tomando en cuenta el nivel educativo, el estado civil, así como la convivencia y grupos sociales.

Se analizó la distribución, la asimetría, la curtosis y pruebas de normalidad, se evidenció que no existe distribución normal ($p < 0,05$). Se realizó el análisis descriptivo y el comparativo de la autoeficacia en grupos etarios según variables sociodemográficas. Para

comparar dos muestras independientes se utilizó la U de Mann-Whitney con su respectivo tamaño del efecto (TE), se realizó el cálculo de la probabilidad de superioridad (PSest), se obtuvo que las normas interpretativas son no efecto ($PSest \leq 0,0$), pequeño ($PSest \geq 0,56$), mediano ($PSest \geq 0,64$) y grande ($PSest \geq 0,71$) (Ventura, 2016). La comparación de k muestras independientes se realizó con la H de Kruskal Wallis, su tamaño del efecto utilizado fue épsilon al cuadrado (ϵ^2) (Tomczak & Tomczak, 2014), sus normas interpretativas fueron: pequeño $\epsilon^2 \geq 0,01$, mediano $\epsilon^2 \geq 0,06$ y grande para un $\epsilon^2 \geq 0,14$ (Cohen, 1992). Para el análisis estadístico se utilizaron los programas JASP 0.13.1.0. y JAMOVI 1.2.27.

Resultados

Una vez recogida la información, se procesaron los datos, estos fueron cuidadosamente tratados y analizados. Se realizó el análisis estadístico descriptivo de las variables sociodemográficas de los participantes: un 44 % fueron hombres y el otro 56 % mujeres; 43,3 % eran solteros, 24 % convivían en unión libre, 21,1 % estaban casados; 7,3 % se encontraban divorciados y 4,3 %, en estado de viudez. En relación con la escolaridad, 4,9 % indicó no tener escolaridad, 28,1 % contaba con estudios primarios, 31,9 % con estudios secundarios y 35,1 % con estudios superiores. Según la condición laboral, el 49,6 % trabajaba independientemente; 26,3 %, de manera dependiente y 24,1 % no trabaja (estudiaban o se dedicaban a su hogar).

En la tabla 1 se describen los resultados de la medición de la autoeficacia según grupos etarios, por lo tanto, el nivel que presenta la muestra seleccionada es promedio con tendencia a ser alto 30,78 (media), se observa que las personas creen en sus capacidades para conseguir logros y, sobre todo, hacer frente a situaciones adversas.

Tabla 1- Valores numéricos del nivel de autoeficacia según grupos etarios

Nivel	<i>M</i>	<i>DE</i>	<i>Md</i>	<i>Min.</i>	<i>Máx.</i>
Autoeficacia general	30,78	5,57	31	14	40
Adolescente (12 a 17 años)	31,19	5,59	31	14	40
Joven (28 a 29 años)	30,51	5,67	31	14	40
Adulto (30 a 59 años)	31,31	5,01	32	15	40
Adulto Mayor (60 años a más)	28,91	5,62	29	17	40

M = Media; D = Desviación estándar; Md = Mediana; Min. = mínimo; Máx. = máximo.

En relación con la comparación de los niveles de autoeficacia según el sexo de los participantes, se encontró que no existen diferencias estadísticamente significativas, no se puede señalar cuál puede desarrollar más la eficacia durante las diferentes etapas de la vida, tanto hombres como mujeres presentaron los mismos valores, lo que refleja iguales niveles de autoeficacia (tabla 2).

Tabla 2- Comparación de la autoeficacia según el sexo

Autoeficacia	Hombres (n = 690)		Mujeres (n = 578)		Estadígrafo		PS _{est}
	M (DE)	Me	M (DE)	Me	U	p	
Valores de Autoeficacia	30,65 (5,60)	31	30,89 (5,55)	31	184216,0	0,438	0,46

Nota: n = tamaño muestral; M = Media; Me = Mediana; DE = Desviación estándar; U = U de Mann Withney; p = p valor; PS_{est} = Probabilidad de Superioridad (tamaño del efecto).

En la tabla 3 se observa que, al realizar el análisis comparativo de los niveles de autoeficacia con las variables sociodemográficas, se encontraron resultados de acuerdo con el análisis post hoc: En relación con el grupo etario, se encontraron diferencias estadísticamente significativas, los adultos fueron quienes presentaron o desarrollaron niveles altos de autoeficacia en comparación a los otros grupos (adolescentes, jóvenes y adultos mayores) (tamaño del efecto pequeño $\varepsilon^2 = 0,01$).

En cuanto a la ocupación, también se encontraron diferencias estadísticamente significativas, los trabajadores(as) dependientes presentaron mayores niveles de autoeficacia que los trabajadores independientes y los participantes que no trabajan (tamaño del efecto moderado $\varepsilon^2 = 0,43$).

Asimismo, de acuerdo con el estado civil de los encuestados se encontraron diferencias significativas, los solteros demostraron mayores niveles de autoeficacia que los otros grupos comparados (tamaño del efecto pequeño $\varepsilon^2 = 0,01$), por lo que tanto la condición de trabajo como el estado civil son variables intervinientes que influyen en los participantes para demostrar sus capacidades frente a la vida.

Tabla 3- Comparación de la autoeficacia según variables sociodemográficas

Valores de Autoeficacia	Grupo etario categoría (n)	Condición de Trabajo categoría (n)	Estado civil categoría (n)
-------------------------	----------------------------	------------------------------------	----------------------------

	Rango promedio	Rango promedio	Rango promedio
Adolescencia (n = 191)	646,11	Trabajador(a) independiente (n = 615) 617,37	Soltero/a (n = 537) 655,11
Juventud (n = 310)	602,79		Casado/a (n = 261) 591,92
Adulthood (n = 599)	651,16	Trabajador(a) dependiente (n = 325) 654,56	Viudo/a (n = 53) 513,48
			Divorciado/a (n = 91) 558,50
Adulto Mayor (n = 139)	498,77	No trabaja (n = 299) 583,93	Conviviente (n = 297) 616,94
	H = 21,398	H = 545,985	H = 14,247
	p = 0,000	p = 0,000	p = 0,047
	$\epsilon^2 = 0,01$	$\epsilon^2 = 0,43$	$\epsilon^2 = 0,01$

Nota: n = tamaño muestral; H = H de Kruskal Wallis; p = p valor. ϵ^2 = Épsilon cuadrado (tamaño del efecto).

A nivel correlacional, se encontraron evidencias relativamente significativas en el grado de instrucción y la autoeficacia (correlación positiva, nivel bajo 0,130**), lo cual demuestra que a mayor escolaridad existe mayor autoeficacia. Igualmente ocurre en el ingreso mensual y la autoeficacia (correlación positiva, nivel bajo 0,199**), que demuestra que a mayor ingreso económico existe mayor autoeficacia; sin embargo, se puede observar que el ingreso mensual es un factor que influye en la autoeficacia de las personas, pero no determina las capacidades de estas (tabla 4).

Tabla 4- Correlaciones de la autoeficacia con el grado de instrucción y el ingreso mensual

Correlación de variables	Grado de instrucción	Ingreso mensual	Autoeficacia
Grado de instrucción	1		
Ingreso mensual		1	
Autoeficacia	0,130**	0,199**	1

** : La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

En cuanto a los datos obtenidos en Buenos Aires respecto a los adultos mayores, se observó que un 44 % de los encuestados son viudos. Con relación al nivel de estudio, se pudo verificar que el grupo es diverso, donde un 40 % posee estudios primarios incompletos; además, el 89,4 % de los participantes vivían solos. A pesar de estas características, que podrían considerarse desfavorables, se pudo constatar que más del 50 % de los participantes tiene la suficiente confianza de ser autosuficiente en todas las áreas de la actividad diaria, manifestaron que pueden concentrarse en sus actividades sin mayores complicaciones, así como controlar sus emociones ante situaciones problemáticas.

Discusión

De acuerdo con lo propuesto en este estudio, se precisa que el nivel de autoeficacia en la población peruana de Arequipa es de nivel medio con tendencia alta, en ese sentido, una alta medición de autoeficacia posibilita realizar tareas desafiantes, aumentar las expectativas y proponerse objetivos elevados. Por su parte, en el grupo argentino, el 53,9 % mostró estar bastante seguro de poder encontrar los medios y caminos para alcanzar sus metas, lo que refleja bastante similitud en ambos grupos; así, puede afirmarse que los adultos mayores se sienten capaces de realizar sus actividades diarias, cumplir con sus metas y regulaciones sin mayores complicaciones. Lo que evidencia una importante autoestima y autovaloración en ambos grupos.

En el grupo argentino, el sexo masculino de adultos mayores mostró mayor autoeficacia, mientras que en el grupo peruano no hubo distinción significativa entre ambos sexos, sin embargo, se observó una mayor autoeficacia en las mujeres mayores. Esto podría sugerir que los aspectos culturales están interviniendo en estos resultados, así como aquellos aspectos relacionados con la familia o grupos sociales. Sin embargo, los hombres mayores argentinos del estudio mostraron una alta autoeficacia afectiva, en comparación con las mujeres mayores.⁽²⁰⁾ Asimismo, en los aspectos cognitivos, los hombres mostraron una elevada autoeficacia, en comparación con las mujeres.⁽²⁰⁾

Finalmente, es posible afirmar que los aspectos emocionales influyen lo suficiente para asegurar que una persona, indistintamente de la edad, tenga una autoeficacia efectiva, que se verá manifestada según el sexo y según la edad de distintas maneras. Sin embargo, los criterios sociodemográficos son relevantes para que la autoeficacia sea aún mayor y contribuya de forma significativa en cada uno de los grupos etarios. El valor de la familia

sigue siendo un aspecto importante en las personas, tanto adolescentes, como adultos y adultos mayores manifiestan mayor autoeficacia según sea el apoyo familiar y de los grupos sociales del entorno cercano.

Resulta importante la divulgación de información entorno a la autoeficacia, más aún en los grupos de adultos mayores, que deben conocer la relevancia del autocuidado en la salud y en los aspectos diarios, como la toma de decisiones para su mejor estilo de vida y las actividades que puedan beneficiar su salud.

El nivel de escolaridad resulta un aspecto importante para la toma de decisiones en cada caso, es relevante el manejo de la información para el cuidado de la salud y el afrontamiento a las situaciones sociales.

El autocuidado es un aspecto necesario para cada grupo social, corresponde a la racionalidad del cuidado que se debe tener para una mejor calidad de vida, por ende, la promoción del autocuidado debe realizarse de la manera más apropiada y oportuna para asegurar una sociedad más responsable consigo mismo.

En conclusión, se evidencia que la autorregulación social y sanitaria, conocida como autoeficacia, está condicionada a factores socioculturales y educativos, que no depende únicamente de la edad o del sexo. Se contrastó que las personas en diferentes escenarios latinoamericanos tienen buena disposición para considerarse capaces para alcanzar sus propósitos individuales.

Referencias bibliográficas

1. Montoya V. Teorías de la Violencia Humana. Razón y palabra. 2006 [acceso 03/12/2020];53. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1995/199520728015.pdf>
2. Castillo D, Gómez H, Guevara C, Castillo D. Patterns for semantic human behavior analysis. Spain: Iberian Conference on Information Systems and Technologies, CISTI; 2018 [acceso 04/12/2020] Disponible en: <https://ieeexplore.ieee.org/abstract/document/8398639>
3. Gutiérrez-Carmona A, Alfonso Urzúa M. Do cultural values affect human well-being? Evidence from research reports. Universitas Psychologica. 2019 [acceso 07/12/2020];18(1):12. Disponible en: [https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/UPSY/18-1 %20\(2019\)/64757831009/](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/UPSY/18-1 %20(2019)/64757831009/)
4. Reyes K, Hernández M. Análisis crítico de los estudios que exploran la autoeficacia y bienestar vinculados al comportamiento saludable. Journal of behavior, health & social.

- 2011 [acceso 07/12/2020];3(2):5-24. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-07802011000200002
5. Domínguez R, Ibarra E. La psicología positiva: Un nuevo enfoque para el estudio de la felicidad. Razón y Palabra. 2017 [acceso 04/01/2021];21(96):660-79. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1995/199551160035.pdf>
6. Pereyra C, Ronchieri C, Rivas A, Trueba D, Mur J, Páez N. Autoeficacia: Una revisión aplicada a diversas áreas de la psicología. Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP. 2018 [acceso 04/01/2021];16(2):299-325. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S2077-21612018000200004&script=sci_abstract&tlng=pt
7. Canales-Vergara S, Barra-Almagiá E. Autoeficacia, apoyo social y adherencia al tratamiento en adultos con diabetes mellitus tipo II. Psicología y Salud. 2014 [acceso 06/01/2021];24(2):167-73. Disponible en: <https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/922>
8. Ruiz-Aquino Mely, Díaz-Lasso Aníbal, Ortíz-Aguí María, Villar Enit. Conductas de autocuidado en la prevención del contagio de la COVID-19 en pobladores cubanos. Rev. Cubana de Medicina General Integral. 2020 [acceso 22/11/2020];36(4):1-13. Disponible en: <http://www.revmgi.sld.cu/index.php/mgi/article/view/1708/392>
9. Bandura A. Self-Efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. Psychological Review, 1977, [acceso 23/11/2020];84(2):191-215. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/record/1977-25733-001>
10. Galindo H, Pegalajar M, Uriarte J. Efecto mediador y moderador de la resiliencia entre la autoeficacia y el burnout entre el profesorado universitario de ciencias sociales y legales. Revista de Psicodidáctica. 2020 [acceso 02/02/2021];25(2):127-35. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1136103420300058>
11. Criollo M, Romero M, Fontaines T. Autoeficacia para el aprendizaje de la investigación en estudiantes universitarios. Psicología Educativa. 2017 [acceso 09/02/2021];23(1):63-72. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1135755X1630032X>
12. Mesa M, Pérez J, Nunes C, Menéndez S. Bienestar psicológico en las personas mayores no dependientes y su relación con la autoestima y la autoeficacia. Ciência & Saúde Coletiva. 2019 [acceso 12/02/2021];24(1):115-24. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/csc/a/QVKmhLGvNQ7XqjjNrBxJy3x/?lang=es>
13. Espinosa Y, Díaz Y, Hernández E. Una mirada especial a la ansiedad y depresión en el adulto mayor. Rev. Cubana de Medicina General Integral. 2020 [acceso

05/11/2020];36(4):1-13.

Disponible

en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252020000400004

14. Chiang M, Manzo C, Pinilla S. Conciliación Trabajo-Familia, Buenas Prácticas Laborales, Compromiso Organizacional, Autoeficacia y Creencias Organizacionales, influencia en los trabajadores de Centro de Salud. Revista Perspectivas. 2020 [acceso 12/02/2021];45:85. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?pid=S1994-37332020000100005&script=sci_arttext

15. Rossi T, Trevisol A, Santos-Nunes D, Dapieve-Patias N, Hohendorff J. Autoeficacia general percibida y motivación para aprender en adolescentes de educación media. Acta Colombiana de Psicología. 2020 [acceso 15/02/2021];23(1):264-71. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0123-91552020000100264&script=sci_arttext&tlng=pt

16. Galicia I, Sánchez A, Robles F. Autoeficacia en escolares adolescentes: su relación con la depresión, el rendimiento académico y las relaciones familiares. Anales de Psicología. 2013 [acceso 15/02/2021];29(2):491-500. Disponible en: <https://revistas.um.es/analesps/article/view/analesps.29.2.124691>

17. Baessler J, Schwarzer R. Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de autoeficacia general. Ansiedad y estrés. 1996 [acceso 16/02/2021];2(1):1-8. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/record/1999-00958-001>

18. Moreta-Herrera R, Lara-Salazar M, Camacho-Bonilla P, Sánchez-Guevera S. Análisis factorial, fiabilidad y validez de la escala de autoeficacia general (EAG) en estudiantes ecuatorianos. Psychology, Society & Education. 2019 [acceso 16/02/2021];11(2):193-204. Disponible en: <http://repositorio.ual.es/handle/10835/6930>

19. Frías D. Análisis de la consistencia interna de las puntuaciones de un instrumento de medida, Valencia: Universidad de Valencia. 2020 [acceso 21/02/2021]. Disponible en: <https://www.uv.es/~friasnav/AlfaCronbach.pdf>

20. Luque L, González C, Burba C. Estudio descriptivo y comparativo de autoeficacia en adultos mayores. XII Jornadas de Investigación y Primer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires. Buenos Aires. 2005 [acceso 26/02/2021]. Disponible en: <https://www.academica.org/000-051/156.pdf>

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflictos de intereses

Contribución de los autores

Conceptualización: José Manuel Calizaya López, Franyelit Suárez Carreño.

Curación de datos: José Manuel Calizaya López, Gloria Monzón Álvarez.

Análisis formal: Yaneth Alemán Vilca, Rildo Bellido Medina.

Adquisición de fondos: José Manuel Calizaya López.

Investigación: Yaneth Alemán Vilca.

Metodología: Gloria Monzón Álvarez, Alfredo Velazco Gonzales.

Administración del proyecto: Franyelit Suárez Carreño.

Recursos: Gloria Monzón Álvarez.

Software: Rildo Bellido Medina.

Supervisión: Alfredo Velazco Gonzales.

Validación: Franyelit Suárez Carreño.

Visualización: Yaneth Alemán Vilca.

Redacción-borrador original: Gloria Monzón Álvarez, Alfredo Velazco Gonzales.

Redacción-revisión y edición: José Manuel Calizaya López, Franyelit Suárez Carreño.