

Autoeficacia en el Cuidado de la Alimentación y la Salud Física en Adolescentes Chihuahuenses

Nayalis Nápoles Neyra (M. Sc.)

Humberto Blanco Vega (Dr.)

Jesús Enrique Peinado Pérez (Dr.)

María Del Carmen Zueck Enriquez (Dr.)

Guadalupe Simanga Ivett Robles Hernández (M.C.)

Martín Alonso González Hernández (M.P.A)

Edgar Francisco Ordoñez Bencomo (M.C.)

Universidad Autónoma de Chihuahua, México

Doi:10.19044/esj.2020.v16n8p17

[URL:http://dx.doi.org/10.19044/esj.2020.v16n8p17](http://dx.doi.org/10.19044/esj.2020.v16n8p17)

Resumen

El objetivo de esta investigación consistió en comparar los perfiles de calidad de autoeficacia percibida en conductas de cuidado de la alimentación y salud física en adolescentes chihuahuenses. La muestra total fue de 382 adolescentes; 202 mujeres y 180 hombres, con edades entre los 15 y 18 años. El abordaje adoptado en la investigación se enmarcó dentro de un enfoque cuantitativo con un diseño descriptivo tipo encuesta. Los resultados del análisis multivariante de la varianza, seguido por los análisis de varianza univariados, muestran que los hombres reportaron una mayor percepción de autoeficacia en los factores cuidado de la alimentación y ejercicio físico, mientras que las mujeres se perciben más eficaces en el factor afrontamiento de problemas; y sin diferencias significativas en los factores evitación de consumo de tabaco y del consumo de alcohol. Estos resultados revelan que en general los adolescentes en comparación con las adolescentes muestran un mejor perfil de percepción de autoeficacia en el cuidado de su alimentación y salud física. No obstante, es preciso desarrollar más investigación al respecto pues el tema trasciende del todo los alcances de la presente investigación.

Palabras clave: Autoeficacia, género, actitud, autopercepciones

Perceived Self-Efficacy in the Care of Diet and Physical Health of Teenagers from the City of Chihuahua

Nayalis Nápoles Neyra (M. Sc.)

Humberto Blanco Vega (Dr.)

Jesús Enrique Peinado Pérez (Dr.)

María Del Carmen Zueck Enriquez (Dr.)

Guadalupe Simanga Ivett Robles Hernández (M.C.)

Martín Alonso González Hernández (M.P.A)

Edgar Francisco Ordoñez Bencomo (M.C.)

Universidad Autónoma de Chihuahua, México

Abstract

The goal of the present research was to compare the profiles of perceived self-efficacy in the care of diet, and physical health of teenagers from the city of Chihuahua. The total sample consisted of 382 teenagers; 202 women and 180 men, with ages ranging between 15 and 18 years. The approach adopted in this study was quantitative with a descriptive, survey-type design. Results from the Multivariate Analysis of Variance, followed up by univariate analyses of variance, show that men report a greater self-efficacy perception on the factors care of diet and physical exercise, while women perceive themselves as more effective on the factor coping with problems; with no significant differences on the factors: avoiding tobacco and alcohol consumption. These results reveal that in general, male teenagers in comparison to female teenagers show a better profile of perceived self-efficacy in the care of diet, and physical health. However, it is necessary to develop more research on the matter as the topic transcends the scope of the present study.

Keywords: Self-efficacy, gender, attitude, self-perceptions

Introducción

El Diccionario Básico del Centro de Lingüística Aplicada (2013), define el autocuidado como atención o precaución que se toma con una persona o cosa; y en otra de sus acepciones, como el interés que se pone en la realización de alguna tarea.

Según la Organización Mundial de la Salud (Organización Mundial de la Salud, 2019), la salud se define como el estado aceptable de bienestar y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Concibiéndose, como el resultado de un estado que le permite a la persona, la familia y la comunidad vivir más y mejor, para adquirir una salud en correspondencia a las condiciones biopsicosociales del individuo (Astudillo-García et al., 2019).

Entre los factores que influyen en la salud está el estilo de vida (Ortega, 2019). El mismo está considerado como un factor de actualidad muy importante, referido a la conducta individual de las personas ante determinado hecho cotidiano; el estilo de vida incluye los hábitos alimentarios, el consumo de tabaco y bebidas alcohólicas, la práctica de ejercicio físico, el sueño, el descanso, la recreación y la actitud ante el estrés. Así mismo, contribuye a un mejor bienestar y calidad de vida de las personas.

Araya (2012) conceptualiza el autocuidado como las experiencias de acciones que las personas realizan en correspondencia a su estilo de vida, con el objetivo de alargar el desarrollo personal, y preservar el bienestar.

Por otra parte en los años 90, Orem en su Teoría del Déficit de Autocuidado, lo conceptualizó como una acción del individuo asimilada y dirigida hacia un objetivo, en relación a la conducta en situaciones concretas, tomando en consideración el entorno y la posibilidad de regular los factores que afectan a su propio desarrollo e influyen en contra de los beneficios de la vida, la salud y el bienestar (Prado, González, Gómez y Romero, 2014).

Por otro lado, los cambios del comportamiento son causados por cosas aprendidas tanto cognitivas como afectivas en función del desarrollo del individuo. Una persona preocupada por su salud, cambia los hábitos de conducta, por el contrario de no ser responsable se observa en la realidad inestabilidad; se ha hecho necesario entonces que desde la Psicología de la Salud se desarrollen teorías y modelos explicativos sobre las motivaciones y los determinantes de las conductas de salud (Moiso, 2007).

León y Medina (2014) hacen énfasis en que un comportamiento adecuado para lograr un estilo de vida saludable, depende de agentes socializadores tales como escuela, familia, sociedad, trabajo, vecinos y medios de comunicación, que permiten adquirir patrones de conductas y hábitos que van constituyendo su propio estilo de vida, desde lo histórico, social y cultural, en donde el individuo nace, transforma y se transforma así mismo, esto junto con la motivación y la autorregulación del comportamiento, admite actitudes, normas y valores que desarrollan su estilo de vida.

Además, existen varios factores que favorecen la adopción de conductas responsables de salud donde la autoeficacia percibida juega un rol fundamental, no sólo por lo que influye directamente, sino además por el impacto que ejerce sobre otros determinantes para una buena salud (Bandura,

2012). Palacios y Ramírez (2016) plantean que la salud depende del comportamiento propio, de otras personas influyentes o bien de la suerte.

Esto explica que, para lograr conductas adecuadas que puedan influir en el aprendizaje de un estilo de vida de los adolescentes y éstos adquieran un cambio sustancial, es necesaria la interrelación de los mediadores ambiente-conducta persona que les permite socializar un estilo de vida y establecer un control personal sobre el ambiente, es decir, que influyen los procesos de imitación o modelaje, o bien, nos acercamos a personas influyentes de conductas saludables o no saludables (Moiso, 2007).

Así pues, la autoeficacia percibida es definida como la convicción que una persona tiene sobre sus propias habilidades para desempeñar acciones y con ello lograr objetivos propuestos (Bandura, 1995). Constituye la seguridad del individuo de poder cambiar las conductas expuestas para su salud, influyendo en el esfuerzo que el mismo haga para obtener una meta a pesar de la consistencia de las barreras expuestas (León y Medina, 2014).

Estas personas son optimistas sobre sus capacidades, son capaces de tomar decisiones sobre sus vidas y se plantean retos personales con el propósito de alcanzarlos; un individuo autoeficaz disminuye su estrés, asume sus necesidades y problemas como retos y no como amenazas; es perseverante ante los desafíos, es capaz de aumentar su nivel de esfuerzo, seguro de que podrá alcanzar los resultados que desea (Herrera, Medina, Fernández, Rueda y Cantero, 2013).

En el caso de la alimentación, se ha demostrado que se ha convertido en un arma para impedir enfermedades, necesidades de nutrición, así como la mejora de la calidad de vida. Según la teoría de las necesidades humanas, la alimentación es la base en la pirámide, la cual va ascendiendo en la medida que es capaz de cubrirlas (Maslow, 2016). La alimentación, es pues apremiante, en este caso ser conscientes, porque nos permite cuidar nuestro cuerpo y espíritu para tener una vida más satisfactoria, sana y con mayor bienestar.

Se ha encontrado que los problemas de alimentación tienen connotaciones diferentes según el género tanto en adultos como en adolescentes (Striegel-Moore y Bulik, 2007); de manera general las más frecuentes son la preocupación por engordar, comer demasiado y perder el control sobre lo que se come. En las adolescentes, la principal preocupación es la posibilidad de engordar y en el caso de los varones hacer ejercicio para perder peso; donde los adolescentes de ambos géneros realizan acciones generalmente riesgosas para perder peso, como son dietas estrictas o vómito autoinducido, que pueden conducir a anomalías en la conducta alimentaria y por tanto en la salud (Unikel-Santoncini, Bojórquez-Chapela, y Carreño-García, 2004). Esta situación requiere de una estricta vigilancia y de estrategias educativas que logren transformar esos modos irresponsables y

peligrosos de actuación, conducidos fundamentalmente por los actuales patrones de moda obviando la salud como principal indicador de la calidad de vida.

Para adquirir la percepción de riesgo en relación a los problemas de alimentación, se requiere de conocimientos, de manera que el aprendizaje previo que tenga un individuo con una conducta en particular puede disminuir o incrementar el grado de eficacia con la que cuente, en este caso referidas específicamente a las conductas saludables, donde la autoeficacia como parte de la teoría social cognoscitiva permite explicar la forma en que las personas adquieren y mantienen estas conductas (Palacios y Ramírez, 2016). Por tanto un alto sentido de autoeficacia, aumenta la capacidad de mejorar los comportamientos saludables en la persona, teoría sustentada por Bandura (1994), Bas y Donmez (2009); y Palacios y Ramírez (2016).

Existen también diferencias entre hombres y mujeres relacionados con la imagen corporal y las posibles conductas de riesgo; siendo las mujeres las de mayores problemas con la alimentación y el control de peso, utilizando métodos que muchas veces conspiran contra su estado de salud, provocándoles además, en ocasiones, grandes situaciones de estrés (Nuño-Gutierrez, Celis-de la Rosa y Unikel-Santoncini, 2014; Unikel-Santoncini et al., 2004; Unikel-Santoncini et al., 2010).

Por otro lado, algunos estudios antecedentes defienden lo determinante de la actividad física (Aedo y Avila, 2009), el control de peso (Aguilar, Magallanes, Martínez, Negrete y García, 2016) o conductas saludables (González y Portolés, 2014). Recientemente autores como Palacios y Ramírez (2016) han estudiado la capacidad de las personas para consumir alimentos saludables y aseveran un aumento en la capacidad para el consumo de frutas y verduras en aquellas personas que realizan actividad física; todo ello favorecedor de una vida sana, lo cual revela la importancia de lo anteriormente planteado en lo referido a la autoeficacia y su relación directa en el cuidado de la salud.

Este trabajo es fundamentalmente un estudio de tipo descriptivo que compara los perfiles de autoeficacia percibida en conductas de cuidado de la alimentación y salud física de hombres y mujeres adolescentes mexicanos, intentando con ello aportar evidencias y datos que propicien la intervención educativa dentro de una perspectiva de atención a la diversidad.

Método

Participantes

Participaron en el estudio 382 adolescentes, 202 mujeres y 180 hombres de la ciudad de Chihuahua, México. La edad de los adolescentes fluctuó entre los 15 y 18 años, con $M = 16.24 \pm 0.93$ años para las mujeres y

$M = 16.33 \pm 1.03$ años para los hombres. Se utilizó el muestreo por conveniencia para la selección de muestra.

Instrumento

Escala de Autoeficacia en el Cuidado de la Alimentación y Salud Física (ACASF)

Es un cuestionario de 28 ítems relacionados con conductas de cuidado de la salud; agrupados en cinco factores: cuidado de la alimentación con seis ítems; ejercicio físico con seis ítems; evitación del consumo de tabaco con cinco ítems; evitación del consumo de alcohol con cinco ítems; y afrontamiento de problemas con seis ítems. El análisis psicométrico de la escala llevado a cabo por Blanco, Ornelas, Viciano y Rodríguez-Villalobos (2016) indica que el modelo de medición ajusta de manera aceptable; con índices de consistencia interna superiores a .80 en todos sus factores.

Se trata de una escala tipo Likert asistida por computadora donde el encuestado responde, en una escala de 0 a 10, que tan capaz se siente (escenario actual), que tanto interés tiene (escenario de interés) y si se esfuerza en cambiar que tan capaz sería (escenario de cambio) para realizar cada una de las conductas relacionadas con el cuidado de la salud contenidas en el cuestionario (Figura 1).

Para luego a partir de sus respuestas obtener 5 índices:

1. Autoeficacia percibida actualmente. Obtenida a partir de las respuestas al escenario actual.
2. Autoeficacia deseada. Obtenida a partir de las respuestas al escenario de interés.
3. Autoeficacia alcanzable en el futuro. Obtenida a partir de las respuestas al escenario de cambio.
4. Grado de insatisfacción o disonancia en la autoeficacia percibida. Obtenida a través de la diferencia entre el índice 2 y 1 (ideal menos actual).
5. Posibilidad de mejoría en la autoeficacia percibida. Obtenida a través de la diferencia entre el índice 3 y 1 (cambio menos actual).

Haga clic justo encima de la opción que corresponde a su respuesta

Que tan capaz me siento para: Evitar el consumo de tabaco a pesar de las presiones de mis amigos

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Que tanto interés tengo en ser capaz de: Evitar el consumo de tabaco a pesar de las presiones de mis amigos

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Si me esfuerzo en cambiar que tan capaz sería para: Evitar el consumo de tabaco a pesar de las presiones de mis amigos

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

ACEPTAR

Figura 1. Ejemplo de respuesta para los ítems del cuestionario

Diseño

Para esta investigación se utilizó un enfoque un enfoque cuantitativo con un diseño descriptivo y transversal tipo encuesta (Hernández et al., 2014). La variable independiente fue el género y como variables dependientes se consideraron a los promedios de las puntuaciones obtenidas en los cinco índices de autoeficacia en los factores de la escala de autoeficacia en el cuidado de la alimentación y salud física.

Procedimiento

Después de obtener el permiso tanto de las autoridades educativas como el de las familias, los estudiantes de preparatoria de la ciudad de Chihuahua, México, fueron invitados a participar en la investigación, una vez que aceptaron firmaron el consentimiento informado. Antes de iniciar con el llenado del cuestionario se realizó una breve explicación sobre la importancia de la investigación, así como las instrucciones del uso del instrumento, aunque también las instrucciones de cómo responder se encontraban en las primeras pantallas; antes del primer ítem del instrumento. Pidiéndoles que fueran lo más sinceros posible en sus respuestas, garantizándoles la total confidencialidad de los datos que se obtuvieran. Después contestaron el cuestionario de autoeficacia en el cuidado de la alimentación y salud física, esta sesión tuvo una duración de aproximadamente 40 minutos. Una vez finalizada la sesión se les agradeció su participación. Después de la aplicación del instrumento se recopilaron los datos por medio del módulo generador de resultados del editor de escalas versión 2.0 (Blanco et al., 2013).

Análisis de datos

Se calcularon las medias y desviaciones estándar para todas las variables dependientes (análisis estadísticos descriptivos). Una vez verificados los supuestos de los análisis estadísticos paramétricos, se llevó a cabo un análisis multivariante de varianza (MANOVA), seguido por los análisis de varianza univariados (ANOVAs), para examinar las diferencias entre adolescentes mujeres y hombres en cuanto a los cinco índices de autoeficacia en los factores: cuidado de la alimentación; ejercicio físico; evitación del consumo de tabaco; evitación del consumo de alcohol; y afrontamiento de problemas. El tamaño del efecto se estimó mediante la eta cuadrado (η^2). Todos los análisis estadísticos se realizaron con el programa SPSS versión 21.0 para Windows. El nivel de significación estadística se estableció en $p=.05$.

Resultados y discusión

La Tabla 1 muestra los valores de las medias y las desviaciones estándar de la autoeficacia en el factor cuidado de la alimentación, así como los resultados del Análisis Multivariante de Varianza (MANOVA) y los subsiguientes Análisis de Varianza Univariados (ANOVAs). Los resultados del MANOVA indicaron diferencias significativas globales de acuerdo a la variable género en las puntuaciones de autoeficacia del factor cuidado de la alimentación (Wilks' $\lambda = .063$; $p < .001$; $\eta^2 = .047$). Posteriormente, los resultados de los ANOVAs mostraron que los hombres reportaron mayor autoeficacia percibida en el factor cuidado de la alimentación que las mujeres, aunque con menos autoeficacia alcanzable en el futuro posibilidad de mejoría en su percepción de autoeficacia que éstas.

Tabla 1. Resultados MANOVA y ANOVAs para las diferencias en los cinco índices de autoeficacia en el factor cuidado de la alimentación de acuerdo a la variable género

	Mujeres (n = 202)	Hombres (n = 180)	F	p	η^2
			4.655	<.01	.047
Autoeficacia percibida actualmente	6.96 (2.40)	7.47 (2.24)	4.553	<.05	.012
Autoeficacia deseada	7.38 (2.36)	7.25 (2.58)	0.284	>.05	.001
Autoeficacia alcanzable en el futuro	7.96 (2.15)	8.10 (2.11)	0.374	<.001	.001
Grado de insatisfacción o disonancia en la autoeficacia percibida	0.76 (1.20)	0.44 (0.81)	8.885	>.05	.023
Posibilidad de mejoría en la autoeficacia percibida	1.00 (1.16)	0.63 (0.96)	11.786	<.001	.030

Nota. Los valores descriptivos se presentan como media (desviación estándar)

La Tabla 2 muestra los valores de las medias y las desviaciones estándar de la autoeficacia en el factor ejercicio físico, así como los resultados del MANOVA y los subsiguientes ANOVAs. Los resultados del MANOVA

indicaron diferencias significativas globales de acuerdo a la variable género en las puntuaciones de autoeficacia del factor ejercicio físico (Wilks' $\lambda = 3.278$; $p < .001$; $\eta^2 = .66$). Posteriormente, los resultados de los ANOVAs mostraron que los hombres reportaron mayor autoeficacia percibida así como una menor insatisfacción en el factor ejercicio físico que las mujeres, aunque con menos posibilidad de mejoría en su percepción de autoeficacia que éstas.

Tabla 2. Resultados MANOVA y ANOVAs para las diferencias en los cinco índices de autoeficacia en el factor ejercicio físico de acuerdo a la variable género

	Mujeres (n = 202)	Hombres (n = 180)	F	p	η^2
Autoeficacia percibida actualmente	6.96 (2.40)	7.47 (2.24)	7.771	<.01	.020
Autoeficacia deseada	7.38 (2.36)	7.25 (2.58)	0.752	>.05	.002
Autoeficacia alcanzable en el futuro	7.96 (2.15)	8.10 (2.11)	1.341	>.05	.004
Grado de insatisfacción o disonancia en la autoeficacia percibida	0.76 (1.20)	0.44 (0.81)	8.423	<.001	.022
Posibilidad de mejoría en la autoeficacia percibida	1.00 (1.16)	0.63 (0.96)	14.858	<.001	.038

Nota. Los valores descriptivos se presentan como media (desviación estándar)

Los resultados del MANOVA indicaron que no existen diferencias significativas globales de acuerdo a la variable género en las puntuaciones de autoeficacia del factor evitación del consumo de tabaco (Wilks' $\lambda = .977$; $p > .05$; $\eta^2 = .023$). La Tabla 3 muestra los valores de las medias y las desviaciones estándar de la autoeficacia en el factor evitación del consumo de tabaco.

Tabla 3. Resultados MANOVA, medias y desviaciones en los cinco índices de autoeficacia en el factor evitación del consumo de Tabaco

Índices de autoeficacia	Mujeres (n = 202)	Hombres (n = 180)
Autoeficacia percibida actualmente	6.96 (2.40)	7.47 (2.24)
Autoeficacia deseada	7.38 (2.36)	7.25 (2.58)
Autoeficacia alcanzable en el futuro	7.96 (2.15)	8.10 (2.11)
Grado de insatisfacción o disonancia en la autoeficacia percibida	0.76 (1.20)	0.44 (0.81)
Posibilidad de mejoría en la autoeficacia percibida	1.00 (1.16)	0.63 (0.96)

Nota. Los valores descriptivos se presentan como media (desviación estándar)

La Tabla 4 muestra los valores de las medias y las desviaciones estándar de la autoeficacia en el factor evitación del consumo de alcohol, así como los resultados del MANOVA y los subsiguientes ANOVAs. Los resultados del MANOVA indicaron diferencias significativas globales de acuerdo a la variable género en las puntuaciones de autoeficacia del factor evitación del consumo de alcohol (Wilks' $\lambda = .963$; $p < .01$; $\eta^2 = .037$).

Posteriormente, los resultados de los ANOVAS mostraron que las mujeres reportaron mayores niveles de autoeficacia deseada en el factor evitación del consumo de alcohol que los hombres.

Tabla 4. Resultados MANOVA y ANOVAs para las diferencias en los cinco índices de autoeficacia en el factor evitación del consumo de alcohol de acuerdo a la variable género

	Mujeres (n = 202)	Hombres (n = 180)	F	p	η^2
			3.578	<.01	.037
Autoeficacia percibida actualmente	8.71 (2.13)	8.49 (2.19)	0.962	>.05	.003
Autoeficacia deseada	8.48 (2.45)	7.90 (2.87)	4.545	<.05	.012
Autoeficacia alcanzable en el futuro	9.21 (1.76)	8.85 (2.04)	3.413	>.05	.009
Grado de insatisfacción o disonancia en la autoeficacia percibida	0.22 (0.45)	0.20 (0.42)	0.196	>.05	.001
Posibilidad de mejoría en la autoeficacia percibida	0.50 (0.93)	0.36 (0.64)	2.958	>.05	.008

Nota. Los valores descriptivos se presentan como media (desviación estándar)

La Tabla 5 muestra los valores de las medias y las desviaciones estándar de la autoeficacia en el factor afrontamiento de problemas, así como los resultados del MANOVA y los subsiguientes ANOVAs. Los resultados del MANOVA indicaron diferencias significativas globales de acuerdo a la variable género en las puntuaciones de autoeficacia del factor afrontamiento de problemas (Wilks' $\lambda = 6.962$; $p < .001$; $\eta^2 = .069$).

Posteriormente, los resultados de los ANOVAs mostraron que las mujeres reportaron mayor autoeficacia percibida e insatisfacción, así como una posibilidad de mejoría en su percepción de autoeficacia, en el factor de afrontamiento de problemas.

Tabla 5. Resultados MANOVA y ANOVAs para las diferencias en los cinco índices de autoeficacia en el factor afrontamiento de problemas de acuerdo a la variable género

	Mujeres (n = 202)	Hombres (n = 180)	F	p	η^2
			6.962	<.001	.069
Autoeficacia percibida actualmente	8.71 (2.13)	8.49 (2.19)	9.550	<.01	.025
Autoeficacia deseada	8.48 (2.45)	7.90 (2.87)	.130	>.05	.000
Autoeficacia alcanzable en el futuro	9.21 (1.76)	8.85 (2.04)	.804	>.05	.002
Grado de insatisfacción o disonancia en la autoeficacia percibida	0.22 (0.45)	0.20 (0.42)	14.442	<.001	.037
Posibilidad de mejoría en la autoeficacia percibida	0.50 (0.93)	0.36 (0.64)	19.049	<.001	.048

Nota. Los valores descriptivos se presentan como media (desviación estándar)

Con respecto a las conductas de cuidado de la alimentación (resistirse a comer cuando estoy ansioso, deprimido o cuando hay mucha comida disponible, resistirse a comer alimentos con muchas calorías aun cuando son muy sabrosas, etc.), ejercicio físico (realizar ejercicio físico durante cuando menos 30 minutos tres o más sesiones a la semana y hacer ejercicio físico, a pesar de tener preocupaciones, sentirse deprimido, tenso cansado u ocupado) se destaca que, los hombres en comparación con las mujeres se perciben como más autoeficaces, con mayor necesidad y posibilidad de ser más autoeficaces al mismo tiempo que con una menor insatisfacción y posibilidad de mejoría al respecto. Mientras que en evitar el consumo de tabaco no existen diferencias entre las mujeres y los hombres. En cuanto a evitar el consumo del alcohol y afrontamiento de problemas (afrontar eficazmente problemas o contrariedades, no sentirse tenso o ansioso cuando hay problemas o contratiempos, etc.), ocurre lo contrario; las mujeres se perciben como más autoeficaces, con mayor necesidad y posibilidad de ser más autoeficaces al mismo tiempo que con una menor insatisfacción que los hombres; resultados que en general concuerda con los resultados obtenidos por Blanco (2010) en un estudio similar sobre diferencias de género en la percepción de la autoeficacia en el cuidado de la salud.

Se han reportado en otros estudios, coincidencias con la utilización del mismo instrumento (Palacios y Ramírez, 2016; Ruiz-Risueño, Ruiz-Juan y Zamarripa, 2012; Unikel-Santoncini et al., 2010), evaluando otros factores tales como: conductas alimenticias, atención, comunicación, consumo de tabaco y alcohol, sin embargo los resultados tiene un efecto diferencial que se establece entre hombre y mujeres, en la etapa de la adolescencia. Resultando en estos casos, que en las mujeres existe mayor proporción de ser más autoeficaces saludables en conductas alimenticias que los hombres. En cambio los hombres se perciben más autoeficaces en el consumo del alcohol, coincidiendo a la vez con la investigación de ser más autoeficaces en la práctica del ejercicio físico.

Conclusiones

De acuerdo a los resultados obtenidos en la presente investigación y tomando en cuenta que a lo largo de los últimos años se han configurado, a través de formulaciones más o menos coherentes, las bases teóricas que han servido de marco de referencia para explicar la percepción de autoeficacia de mujeres y hombres. Entre las que destaca la teoría social cognitiva (Bandura, 1999), según la cual las expectativas de autoeficacia son uno de los principales condicionantes de las diferencias de género en la toma de decisiones, diferencias que son resultado del proceso de socialización que da lugar a que hombres y mujeres tengan una percepción diferente acerca de las tareas, actividades y ocupaciones que son más apropiadas para cada género. Por ello

es importante buscar la manera de mejorar la percepción de la autoeficacia, ya que ello también reflejará una mejoría tanto en el desarrollo del individuo como en su autoestima.

Para concluir, se puede señalar que una de las limitaciones de la presente investigación tiene que ver con la utilización de un instrumento de medición de autoreporte, ya que este tipo de instrumentos están basados en el autoinforme, por lo que se pueden presentar sesgos debido a la deseabilidad social; otra limitación se refiere a que la muestra del estudio está conformada por adolescentes chihuahuenses únicamente, lo que imposibilita la generalización de los resultados.

References:

1. Aedo, A., y Avila, H. (2009). New questionnaire to assess self-efficacy toward physical activity in children. *Revista Panamericana de Salud Pública= Pan American journal of public health*, 26(4), 324-329.
2. Aguilar, L. H., Magallanes, A. G., Martínez, J. R., Negrete, A. J., y García, M. L. (2016). Autoeficacia para control de peso en estudiantes universitarios del área de la salud. *PSIENCIA: Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 9(1), 5.
3. Araya, A. (2012). Cartillas Educativas Calidad de vida en la Vejez: Autocuidado de la salud. *Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile. Recuperado de [http://adultomayor. uc. cl/docs/autocuidado_salud. pdf](http://adultomayor.uc.cl/docs/autocuidado_salud.pdf).*
4. Astudillo-García, I. d. C., Vizcaino-Cevallos, H. D., Bedoya-Romo, M. A., Delgado-López, D. A., Calderón-López, E. E., y Saltos-Montes, P. E. (2019). Importancia de la atención integral con enfoque en salud familiar. *Dominio de las Ciencias*, 5(2), 275-297. doi.org/10.23857/dc.v5i2.902
5. Bandura, A. (1995). *Self-efficacy in changing societies*. New York, NY, US: Cambridge University Press.
6. Bandura, A. (1999). *Autoeficacia: como afrontamos los cambios de la sociedad actual*. Madrid: Desclée de Brouwer, S. A.
7. Bas, M., y Donmez, S. (2009). Self-efficacy and restrained eating in relation to weight loss among overweight men and women in Turkey. *Appetite*, 52(1), 209-216.
8. 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*. España: Universidad de Granada.
9. Blanco, H., Ornelas, M., Tristán, J. L., Cocca, A., Mayorga-Vega, D., López-Walle, J., y 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
10. Blanco, J. R., Ornelas, M., Viciano, J., y 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. doi.org/10.20960/nh.120
 11. Diccionario Básico del Centro de Lingüística Aplicada. (Ed.) (2013). Universidad del País Vasco.
 12. González, J., y Portolés, A. (2014). Actividad física extraescolar: relaciones con la motivación educativa, rendimiento académico y conductas asociadas a la salud. *Revista iberoamericana de psicología del ejercicio y el deporte*, 9(1), 51-65.
 13. Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México: McGraw- Hill.
 14. Herrera, I. M., Medina, S., Fernández, T., Rueda, S., y Cantero, 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.
 15. León, J. M., y Medina, S. (2014). Modelos Explicativos de la Psicología de la Salud. *Universidad Oberta de Catalunya, UOC*. doi: <http://openaccess.uoc.edu/webapps/o2/bitstream/10609/78524/7/Psicolog%C3%ADa%20d>
 16. Maslow, A. (2016). *A Theory of Human Motivation*: Midwest Journal Press.
 17. Moiso, A. (2007). Determinantes de la salud. *Barragán H. Fundamentos de Salud Pública*, 161-186.
 18. Nuño-Gutierrez, B. L., Celis-de la Rosa, A., y Unikel-Santoncini, C. (2014). Prevalencia y factores asociados a las conductas alimentarias de riesgo en adolescentes escolares de Guadalajara según sexo. *Revista de Investigación Clínica*, 61(4), 286-293.
 19. Organización Mundial de la Salud. (2019). *Salud (según la OMS)*. Recuperado de <https://concepto.de/salud-segun-la-oms/>.
 20. Ortega, E. P. (2019). *Sobrepeso y obesidad, dependientes del estilo de vida en estudiantes del Colegio Hernán Gallardo Moscoso de Loja*. Ecuador: Universidad Nacional de Loja.
 21. Palacios, J. R., y Ramírez, V. (2016). Estudio comparativo de la autoeficacia saludable en las conductas alimenticias de riesgo en jóvenes. *Psicología Iberoamericana*, 24(2), 17-25.
 22. Prado, L. A, González, M., Gómez, N. P., y Romero, K. (2014). La Teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Scielo*, 36(6), 58.

23. Ruiz-Risueño, J., Ruiz-Juan, F., y Zamarripa, J. I. (2012). Alcohol y tabaco en adolescentes españoles y mexicanos y su relación con la actividad físico-deportiva y la familia. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 31(3), 211-220.
24. Striegel-Moore, R. H., y Bulik, C. M. (2007). Risk factors for eating disorders. *American psychologist*, 62(3), 181-198.
25. Unikel-Santoncini, C., Bojórquez-Chapela, I., y Carreño-García, S. (2004). Validación de un cuestionario breve para medir conductas alimentarias de riesgo. *Salud pública de México*, 46, 509-515.
26. Unikel-Santoncini, C., Nuño-Gutiérrez, B., Celis-de la Rosa, A., Saucedo-Molina, T. d. J., Trujillo, E., García-Castro, F., y Trejo-Franco, J. (2010). Conductas alimentarias de riesgo: prevalencia en estudiantes mexicanas de 15 a 19 años. *Revista de investigación clínica*, 62(5), 424-432.