

Validación del Instrumento de Autoeficacia para Realizar Conductas Saludables en Niños Mexicanos Sanos¹

Validation of the Instrument of Self-efficacy to Realize Healthy Behaviors in Mexican Healthy Children

Araceli Flores León², Ana Luisa González-Celis Rangel²
y Andrómeda Valencia Ortiz³

RESUMEN

El propósito de la presente investigación fue obtener los valores de validez y confiabilidad del Instrumento de Autoeficacia para Realizar Conductas Saludables en Niños Sanos. Participaron 309 niños de entre 6 y 12 años sin enfermedades crónicas. Se realizó una aplicación test-retest del instrumento. El coeficiente alfa de Cronbach obtenido mostró una consistencia interna satisfactoria. No se encontraron diferencias estadísticas entre la aplicación test-retest, lo cual habla de una considerable estabilidad temporal. El análisis factorial exploratorio arrojó dos factores que explicaron el 41.93% de la varianza: actividades de protección a la salud y actividades de independencia. Con base en lo anterior, se concluye que el instrumento de autoeficacia cumple con las propiedades psicométricas suficientes para evaluar el dominio.

Palabras clave: Autoeficacia; Validez y confiabilidad; Niños sanos

ABSTRACT

The aim of this study was to obtain the values of validity and reliability of the Instrument of Self-efficacy to Realize Healthy Behaviors in Healthy Children. The participants were 309 children between 6 and 12 years, without chronic diseases. A test-retest application of the instrument was carried out. The Cronbach's coefficient alpha obtained showed an internal satisfactory consistency. There were no statistical differences between test-retest application, which means temporary stability. The exploratory factorial analysis did find two factors that explained 41.93 % of the variance: health protective activities and independence activities. In conclusion, the instrument showed sufficient psychometric properties to assess the dominion.

Key words: Self-efficacy; Validity and reliability; Healthy children.

¹ Este reporte forma parte de la tesis doctoral del primer autor bajo la asesoría del segundo. Artículo recibido el 6 de noviembre de 2008 y aceptado el 23 de mayo de 2009.

² Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, Av. De los Barrios s/n, Col. Los Reyes Iztacala, Tlalneantla, Edo. de México, México, correos electrónicos: aracelifl@hotmail.com, algrc@servidor.unam.mx.

³ Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, Av. Universidad 3004, Col. Copilco Universidad, Del. Coyoacán, 004510 México, D.F., México, correo electrónico: andromedavalencia@servidor.unam.mx.

INTRODUCCIÓN

Actualmente, pese a los grandes avances de las campañas sanitarias preventivas, siguen apareciendo enfermedades de consideración durante la infancia. Las infecciones respiratorias agudas y las enfermedades diarreicas agudas, así como la desnutrición y la obesidad, se encuentran dentro de las principales causas de morbilidad en los niños mexicanos. De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT) (Instituto Nacional de Salud Pública, 2006), la prevalencia general de infecciones respiratorias agudas en los niños con menos de diez años fue de 42.4%. En México, D. F., 16.4% de los niños presentaron diarrea, lo que implica un incremento de 39.7% en los últimos siete años. Asimismo, la prevalencia nacional combinada de sobrepeso y obesidad en niños de 5 a 11 años fue de alrededor de 26% en ambos sexos, lo que significa un aumento de 39.75% entre 1999 y 2006.

Los resultados de diversas líneas de investigación revelan que la percepción de la autoeficacia ejerce un considerable impacto en el desarrollo humano y la adaptación. La autoeficacia percibida actúa como un elemento clave en la competencia humana y determina en gran medida la elección de actividades, la motivación, el esfuerzo y la persistencia en las mismas, así como los patrones de pensamiento y las respuestas emocionales asociadas (Carrasco y Del Barrio, 2002).

La teoría de la autoeficacia se interesa principalmente en el rol de los factores cognitivos y en cómo estos afectan las emociones y la conducta, así como la influencia del medio ambiente en la cognición (Bandura, 1977, 1997, 2000; Bandura, Barbaranelli, Caprara y Pastorelli, 2001). El punto central de esta teoría es la iniciación y persistencia de una conducta concerniente a las habilidades, capacidades conductuales y posibilidades de ser capaz de enfrentar con éxito una situación de acuerdo a las demandas medioambientales y sus cambios.

La autoeficacia, que es uno de los mejores predictores para llevar a cabo determinadas conductas de salud (Milne y Orbell, 2000), desempeña un importante papel en la autorregulación de la conducta a través de sus efectos sobre la formación e intensidad de la intención, así como la persistencia en la acción frente a los obstáculos. De

acuerdo con la teoría y la investigación, influye en cómo las personas sienten, piensan y actúan. En el área emocional, un bajo sentido de autoeficacia está asociado con síntomas de depresión, ansiedad y estados de desamparo (Bandura y cols., 2001).

Las personas con un alto sentido de autoeficacia aumentan su funcionamiento sociocognitivo en diferentes dominios, y afrontarán las tareas difíciles percibiéndolas como modificables, más que como amenazantes (Carrasco y Del Barrio, 2002; Villamarín, 1994); a la vez, tanto Bandura (1991) como Vinaccia, Contreras, Retrepo, Cadena y Anaya (2005) han señalado el papel que tiene la autoeficacia en las conductas relacionadas con la salud.

Dentro de los diferentes dominios que evalúan la autoeficacia, se encuentran el manejo de enfermedades crónicas, uso de drogas, actividad sexual, consumo de tabaco, ejercicio físico, reducción de peso y habilidad para recuperarse de los problemas de salud o para evitar potenciales riesgos para la salud (Forsyth y Carey, 1998). Las investigaciones revelan que altos niveles de autoeficacia tienen consecuencias benéficas en el funcionamiento del individuo y su bienestar general (Grembowski, Patrick, Diehr y cols., 1993; Klein-Hessling, Lohaus y Ball, 2005).

En relación a las conductas preventivas en salud, los individuos con alta autoeficacia percibida tienen más probabilidad de iniciar cuidados preventivos, buscar tratamientos tempranos y ser más optimistas sobre la eficacia de estos. Además, los estudios indican consistentemente que también tienen más probabilidad de evaluar su salud como buena, están menos enfermos o deprimidos y se recuperan mejor y más rápidamente de las enfermedades que las personas con baja autoeficacia (Vinaccia y cols., 2005).

Un aspecto importante para entender el concepto de autoeficacia es considerar que una cosa es poseer las habilidades necesarias para hacer algo, y otra muy diferente es estar lo suficientemente seguros de los propios recursos para responder eficazmente a las situaciones demandantes o amenazantes (Rothman, Salovey, Antone, Keough y Martin, 1993).

En el ámbito infantil, la autoeficacia se estudia respecto al funcionamiento académico (Bandura, 1993; Bandura, Barbaranelli, Caprara y Pastorelli, 1996; Bong, 2001), el desarrollo intelectual

(Schunk, 1989; Zimmerman, Bandura y Martínez-Pons, 1992) y la creatividad, entre otros (Zimmerman y Bandura, 1994). Se ha mostrado que un elevado nivel de autoeficacia es un elemento protector que hace aumentar la motivación y el logro académico (Bandura y cols., 1996) y disminuir las alteraciones emocionales (Villamarín, 1990a), al tiempo que mejora las conductas saludables en el cuidado físico (Villamarín 1990b) e induce a una mayor tolerancia al dolor (Rejeski, Craven, Ettinger, McFarlane y Shumaker, 1996) y afrontamiento del estrés. En todos estos estudios, los niveles de autoeficacia percibida han constituido una variable fundamental que afecta la socialización y el éxito del niño.

Lo anterior pone de manifiesto la importancia de evaluar la percepción de la autoeficacia en las situaciones de salud; sin embargo, las investigaciones dirigidas a esta área en la población infantil son escasas, y más aún en la población infantil mexicana. Por lo tanto, el propósito del presente trabajo fue validar el Instrumento de Autoeficacia para Realizar Conductas Saludables en niños sanos (AeRACS), adaptado del Instrumento de Autoeficacia para Realizar Actividades Cotidianas en Adultos Mayores (AeRAC) (González-Celis y Sánchez-Sosa, 2002).

MÉTODO

Muestra

El estudio se realizó mediante un muestreo probabilístico, intencional, en el que participaron 309 niños, todos ellos con edades de entre 6 y 12 años, inscritos en una escuela primaria de la Ciudad de México. Se seleccionaron solamente aquellos niños que no sufrieran enfermedades crónicas y que aceptaran participar en este estudio con el consentimiento informado de sus padres y maestros.

Instrumentos

Instrumento de Autoeficacia para Realizar Conductas Saludables en Niños Mexicanos Sanos (AeRACS). Este instrumento está conformado por 49 reactivos divididos en las siguientes escalas: Actividades de independencia, Actividades recreativas pasi-

vas, Actividades recreativas activas, Actividades sociales y Actividades de protección a la salud. El puntaje de autoeficacia se mide en una escala de cero a cien y evalúa qué tan capaz se siente el adulto mayor de realizar actividades de su vida diaria. En el presente caso sólo se tomaron en consideración las escalas Actividades de protección a la salud y Actividades de independencia. La primera de ellas está conformada por doce reactivos y la segunda por siete. El formato de respuesta es una escala tipo Likert graduada de cero a cien, acompañada de viñetas para facilitar la comprensión de la escala numérica (0 = nada capaz, 25 = poco capaz, 50 = moderadamente capaz, 75 = muy capaz y 100 = bastante capaz). Los puntajes obtenidos pueden variar de cero a cien; los valores por arriba de 84 indican que el niño se siente capaz de realizar conductas que benefician a su salud, mientras que puntajes por debajo de 60 indican que el niño se siente poco capaz de realizar dichas conductas. Estos valores también explican el puntaje de autoeficacia por escala.

Ficha de datos sociodemográficos. Con esta ficha se recolectaron datos tales como la edad del niño, el género, el tipo de enfermedad aguda (fueron excluidos aquellos niños que sufrían enfermedades crónicas) y la escolaridad de los padres.

Ficha de consentimiento informado. Tuvo por objetivo mantener la ética y confidencialidad de los resultados.

Procedimiento

Se estableció contacto con la escuela para informar y obtener el consentimiento de los padres y maestros para evaluar las propiedades psicométricas del instrumento. Se estableció un horario para la aplicación del instrumento, en la que participaron estudiantes de licenciatura en Psicología previamente capacitados. La aplicación se hizo de manera grupal, de acuerdo al año escolar que cursaban los niños. Los aplicadores leyeron a los niños las instrucciones, así como cada una de las preguntas con sus respectivas respuestas.

De acuerdo con Clark-Carter (2002), una de las formas para obtener la confiabilidad de un instrumento consiste en tomar la medición de un participante dos veces, de modo que un sistema de medición confiable producirá un resultado simi-

lar; el autor sugiere dejar pasar un periodo de cuatro semanas entre la primera y segunda aplicación, por lo que se hizo una segunda aplicación un mes después de la primera siguiendo el mismo procedimiento. Se examinaron las propiedades psicométricas del instrumento mediante el coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach, así como la estabilidad temporal del mismo mediante una prueba

de test-retest. Asimismo, se obtuvo la validez de constructo mediante un análisis factorial. Finalmente, se realizó una prueba t para muestras independientes para cada uno de los reactivos con el fin de determinar si cada reactivo discriminaba entre puntajes altos y bajos. En la Tabla 1 se describe el procedimiento empleado en la Fase I.

Tabla 1. Descripción del procedimiento para la Fase I.

Grupo	Evaluación		Análisis intragrupo	
	Test	Retest	Propiedades psicométricas	Prueba estadística
G	Ae Aplicación grupal	Ae Aplicación grupal	Confiabilidad	Alfa de Cronbach
			Estabilidad temporal	Prueba t para muestras relacionadas coeficiente <i>r</i> de Pearson
			Validez de constructo	Análisis factorial exploratorio
			Capacidad discriminatoria de los reactivos	Prueba t para muestras independientes

Ae = Autoeficacia, G = Grupo 1, niños sanos.

RESULTADOS

Los participantes tuvieron una edad mínima de 6 años y una máxima de 12, con una media de 9 años y una desviación estándar de 1.72, de los cuales 52.3% fueron del sexo femenino y 47.7% del masculino. Las enfermedades más frecuentes fueron

gripe (17.1%), tos (10.6%) y otras (11.7%); 60.6% no sufría ninguna enfermedad.

Las medidas descriptivas y los coeficientes alfa de Cronbach obtenidos se muestran en la Tabla 2. Todos los valores alfa fueron significativamente altos, mostrando una consistencia interna satisfactoria.

Tabla 2. Medidas descriptivas y coeficiente alfa de Cronbach.

Variable	Media	DE	Mín.	Máx.	n	Alfa
Autoeficacia	78.04	12.99	16.30	100	309	0.873*

*Nivel de significancia $p < 0.000$

Para determinar la estabilidad temporal, se obtuvo un coeficiente de correlación significativo entre el test y el retest, lo cual indica estabilidad tem-

poral (Tabla 3); asimismo, se realizó una prueba t con el propósito de comparar los valores totales y parciales de las dos mediciones.

Tabla 3. Coeficiente de correlación *r* de Pearson para el test-retest.

Variable	Test			Retest				<i>p</i>
	<i>n</i> ₁	Media	DE	<i>n</i> ₂	Media	DE	<i>r</i>	
Autoeficacia	309	78.04	12.99	309	76.91	15.7	0.742	*0.01

*Nivel de significancia $p < 0.01$

El resultado obtenido mostró que no existe suficiente evidencia estadística para asegurar una diferencia entre la aplicación test-retest ($t = 1.863$,

$gl = 306$, $p > 0.063$), lo cual habla de que se mantiene el comportamiento en el periodo de cuatro semanas sin intervención alguna. De igual manera,

se realizó una prueba t entre la aplicación test-retest de las escalas del instrumento; en la escala de Actividades de protección a la salud se obtuvo una t de 1.761 (gl = 306, $p > 0.079$), mientras que en la de Actividades de independencia fue de 1.417 (gl = 309, $p > 0.158$), lo que indica que no hubo diferencias en la aplicación test-retest y que ambas escalas del instrumento muestran estabilidad temporal.

Finalmente, se realizó un análisis factorial varimax y de valores eigen mayores a uno para

cada uno de los instrumentos. El análisis factorial exploratorio mostró dos factores que explicaron el 41.93% de la varianza. El factor 1 (Actividades de protección a la salud) explicó 31.06% con un total de tres reactivos, de los que fueron eliminados dos. El factor 2 (Actividades de independencia) explicó 10.86% y consta de 16 reactivos, de los que se eliminaron igualmente dos. Se obtuvo un alfa de Cronbach general de 0.873. En las Tablas 4 y 5 se muestran a detalle los resultados.

Tabla 4. Matriz factorial rotada del instrumento.

Reactivo	Factores	
	Actividades de protección a la salud	Actividades de independencia
10. Asistir a tratamiento	0.680	
6. Asistir a estudios	0.648	
8. Seguir las instrucciones del médico	0.627	
1. Seguir la dieta	0.612	
5. Asistir a consulta	0.605	
4. Tomar medicamentos	0.595	
19. Ayudar en los quehaceres domésticos	0.577	
22. Asistir a la escuela	0.540	
14. Realizar las tres comidas recomendadas	0.528	
7. Dejar de comer cosas dañinas	0.476	
9. Seguir las indicaciones de la madre	0.454	
3. Dormir lo necesario	0.444	
2. Comer bien	0.441	
11. Asistir al hospital por molestias	0.404	
23. Tomar decisiones	0.363	
17. Comer sin ayuda		0.933
16. Vestirse sin ayuda		0.930
15. Bañarse sin ayuda		0.900
% Varianza explicada	31.066	10.867
% Varianza acumulada	31.066	41.936
Alfa de Cronbach	0.867	0.865

Asimismo, se llevó a cabo un análisis por reactivo mediante una prueba t para muestras relacionadas con el fin de determinar si los reactivos discriminaban entre puntajes altos y bajos. Los puntajes extremos se obtuvieron a partir de la media y una desviación estándar por arriba y por abajo. En la Tabla 5 se muestran los valores t y p del test. En ambos instrumentos se encontraron diferencias significativas en todos los reactivos, lo que indica que cada uno discriminó entre tales puntajes.

DISCUSIÓN

De acuerdo con la literatura (Bandura, 1977, 1997; Bandura, Barbaranelli y cols., 2001), las personas con una alta percepción de autoeficacia evalúan mejor su salud y perciben la enfermedad como un proceso cambiante, más que como una amenaza. Los resultados obtenidos mostraron que el puntaje de autoeficacia en los niños evaluados se encuentra en la media; cabe resaltar que 80% de ellos no reportaron ninguna enfermedad, mientras que el resto afirmó sufrir enfermedades como gripe,

Tabla 5. Prueba t para muestras independientes por reactivo del instrumento.

Reactivo	Test	
	t	p
1. Seguir la dieta	27.061	0.000
2. Comer bien	16.166	0.000
3. Dormir lo necesario	23.444	0.000
4. Tomar medicamentos	22.322	0.000
5. Asistir a consulta	22.441	0.000
6. Asistir a estudios	22.971	0.000
7. Dejar de comer cosas dañinas	33.186	0.000
8. Seguir las instrucciones del médico	16.441	0.000
9. Seguir las indicaciones de la madre	14.943	0.000
10. Asistir a tratamiento	20.619	0.000
11. Asistir al hospital por molestias	25.503	0.000
14. Realizar las tres comidas recomendadas	15.752	0.000
15. Bañarse sin ayuda	25.584	0.000
16. Vestirse sin ayuda	26.616	0.000
17. Comer sin ayuda	26.492	0.000
18. Asear la habitación	23.917	0.000
19. Ayudar en los quehaceres domésticos	20.833	0.000
22. Asistir a la escuela	16.971	0.000
23. Tomar decisiones	16.663	0.000

tos, infecciones gastrointestinales y dolor de cabeza, lo que podría indicar que los niños no percibían una amenaza real.

Es probable que lo anterior se deba a que no hay una relación entre los hábitos o conductas de prevención de salud y el estado real de salud debido a las características propias de los síntomas y el tipo de enfermedad. Sin embargo, no se debe olvidar que las estadísticas indican que hasta el año 2007, según la ENSANUT, se seguían presentando enfermedades respiratorias, gastrointestinales y de sobrepeso que ponen en riesgo la salud de los niños; en este estudio, no obstante, los resultados muestran que los niños se percibían capaces de realizar conductas que promueven su salud (Villamarín, 1990a).

Como lo mencionan Tversky y Kahneman (1981) y Sánchez (2006), según la teoría prospectiva las personas estarán más dispuestas a realizar una conducta saludable que implique riesgo si se les motiva para que piensen en términos de las ganancias potenciales que pueden obtener, y de las pérdidas asociadas si no la llevan a cabo. Lo anterior puede explicar por qué los niños evaluados se percibían capaces de realizar conductas saludables, pese a que las estadísticas sigan indicando altos índices de enfermedades respiratorias y gas-

trointestinales. Si los niños no perciben una enfermedad real que amenace su salud, y además de esto las conductas de promoción a la salud no se asocian con la pérdida que la misma enfermedad produce, es probable que la percepción de eficacia se encuentre sobrevalorada.

Milne y Orbell (2000) apuntan que la autoeficacia desempeña un papel importante en la autorregulación de la conducta a través de sus efectos sobre la formación e intensidad de la intención y la persistencia en la acción frente a los obstáculos, pero si ésta se encuentra sobrevalorada, no es posible predecir con certeza si las conductas realizadas promueven la salud.

Los resultados anteriores no pueden generalizarse. La limitación de este trabajo radica en que la percepción de autoeficacia fue evaluada en niños sanos que no perciben riesgo por enfermedad, por lo que sería relevante evaluar dicha percepción en niños con enfermedades crónicas y compararlos con niños sanos, si se toma en cuenta que una enfermedad crónica genera cambios en el estilo de vida y afecta la calidad de la misma, lo que puede provocar en los niños una sensación de amenaza.

Según Demarbe (1994), las creencias sobre las causas de la enfermedad, su curso, consecuencias y tratamiento determinan las conductas que

llevarán a cabo las personas para favorecer su salud; por lo tanto, al obtener indicadores de autoeficacia en grupos de niños sanos y niños con enfermedades crónicas, será posible desarrollar intervenciones cuyo objetivo sea incrementar la autoeficacia percibida y promover conductas de prevención y promoción de salud que reduzcan el riesgo de padecer problemas futuros, o bien disminuir las complicaciones de una enfermedad debido a la falta de seguimiento de las indicaciones médicas.

Finalmente, el propósito principal de este trabajo fue examinar las propiedades psicométricas del AeRACS, el cual mostró características psicométricas adecuadas y una apropiada coherencia con escalas similares utilizadas en trabajos anteriores por otros autores (Bandura y cols., 1996; Bandura, Caprara, Barbaranelli, Pastorelli y Regalia, 2001). Su confiabilidad y validez permiten utilizar la medida de autoeficacia como un buen indicador de actividades de protección a la salud en niños. De los dos factores que explican la dimensión de

autoeficacia, el factor de Actividades de protección a la salud fue la dimensión más robusta del instrumento, la que hace referencia a actividades directamente relacionadas con conductas que promueven la salud de los niños.

En conclusión, el instrumento evaluado cumple con las propiedades psicométricas suficientes para evaluar el dominio de autoeficacia, por lo que puede ser tomado como una herramienta de apoyo para los profesionales en el campo de la salud. Este instrumento es una contribución importante ya que, de acuerdo con la literatura, existen pocos instrumentos que evalúen la autoeficacia percibida para llevar a cabo conductas que en los niños mexicanos promuevan su salud (Bandura, 1993; Bandura y cols., 1996; Bong, 2001), desarrollo intelectual (Schunk, 1989; Zimmerman y cols., 1992) y creatividad (Zimmerman y Bandura, 1994), entre otros, lo que pone de manifiesto la importancia de dar continuidad a trabajos que evalúen este dominio en niños con enfermedades agudas o crónicas.

REFERENCIAS

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1991). Self-efficacy mechanism in physiological activation and health-promoting behavior. En J. V. Madden (Ed.): *Neurobiology of learning, emotion and affect* (pp. 229-269). New York: Raven Press.
- Bandura, A. (1993). Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educational Psychologist*, 28, 117-148.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy. The exercise of control*. New York: W. H. Freeman and Company.
- Bandura, A. (2000). Health promotion from the perspective of social cognitive theory. En P. Norman, C. Abraham y M. Conner (Eds.): *Understanding and changing health behavior: From health beliefs to self-regulation* (pp. 299-239). Amsterdam: Harwood.
- Bandura, A., Barbaranelli, C., Caprara, G. y Pastorelli, C. (1996). Multifaceted impact of self-efficacy beliefs on academic functioning. *Child Development*, 67(1), 206-222.
- Bandura, A., Barbaranelli, C., Caprara, G. y Pastorelli, C. (2001). Self-efficacy beliefs as shapers of children's aspirations and career trajectories. *Child Development*, 72, 187-206.
- Bandura, A., Caprara, G., Barbaranelli, C., Pastorelli, C. y Regalia, C. (2001). Socio-cognitive self-regulatory mechanisms governing transgressive behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 125-135.
- Bong, M. (2001). Between and within domain relations of academic motivation among middle and high school students: self-efficacy, task-value, and achievement goals. *Journal of Educational Psychology*, 93, 23-34.
- Carrasco M., A. y Del Barrio M., V. (2002). Evaluación de la autoeficacia en niños y adolescentes. *Psicothema*, 12(2), 323-332.
- Clark-Carter, D. (2002). *Investigación cuantitativa en psicología. Del diseño experimental al reporte de investigación*. México: Oxford.
- Demarbe, V. (1994). Adherencia terapéutica: una asignatura pendiente en el campo de la Psicología de la Salud. *Anuario de Psicología*, 64, 71-74.
- Forsyth, A. y Carey, M. (1998). Measuring self-efficacy in the context of HIV risk reduction: Research challenges and recommendations. *Health Psychology*, 17(6) 559-568.
- González C., A.L.M. y Sánchez S., J.J. (2002). Evaluación de la calidad de vida desde la perspectiva psicológica. En V.E. Caballo (Ed.): *Manual para la evaluación de los trastornos psicológicos. Trastornos de la edad adulta e informes psicológicos*. Madrid: Ediciones Pirámide.

- Grembowski, D., Patrick, D., Diehr, P., Durham, M., Beresford, S., Kay, E. y Hecht, J. (1993). Self-efficacy and behavior among older adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 34, 89-104.
- Instituto Nacional de Salud Pública (2006). *Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006*. México: Secretaría de Salud.
- Klein-Hessling, J., Lohaus, A. y Ball, J. (2005). Psychological predictors of health-related behaviour in children. *Psychology, Health & Medicine*, 10(1) 31-43.
- Milne, S.E. y Orbell, S. (2000). Can protection motivation theory predict breast self-examination? A longitudinal test exploring the role of previous behaviour. En P. Norman, C. Abraham y M. Conner (Eds.): *Understanding and changing health behavior: From health beliefs to self-regulation* (pp.51-72). Amsterdam: Harwood.
- Rejeski, W., Craven, T., Ettinger, W., McFarlane, M. y Shumaker, S. (1996). Self-efficacy and pain in disability with osteoarthritis of the knee. *Journal of Gerontology: Psychological Sciences*, 51B, 24-29.
- Rothman, A.J., Salovey, P., Antone, C., Keough, K. y Martin, C. (1993). The influence of message framing on intentions to perform health behaviours. *Journal of Experimental Social Psychology*, 29, 408-433.
- Sánchez, J.C. (2006). Efectos de la presentación del mensaje para realizar conductas saludables: el papel de la autoeficacia y la motivación cognitiva. *International Journal of Clinical Psychology*, 6(3), 613-630.
- Shunk, D.H. (1989). Self-efficacy and cognitive skill learning. En C. Ames y R. Ames (Eds.): *Research on motivation in education, Vol. 3: Goals and cognitions* (pp. 13-44). San Diego: Academic Press.
- Tversky, A. y Kahneman, D. (1981). The framing of decisions and the psychology of choice. *Science*, 211, 453-458.
- Villamarín, F. (1990a). Papel de la autoeficacia en los trastornos de ansiedad y depresión. *Análisis y Modificación de Conducta*, 16, 55-79.
- Villamarín, F. (1990b). Autoeficacia y conductas relacionadas con la salud. *Psicología de la Salud*, 2, 45-64.
- Villamarín, F. (1994). Autoeficacia: Investigaciones en psicología de la salud. *Anuario de Psicología*, 61, 9-18.
- Vinaccia, S., Contreras, F., Restrepo L., L.M., Cadena, J. y Anaya, J.M. (2005). Autoeficacia, desesperanza aprendida e incapacidad funcional en pacientes con diagnóstico de artritis reumatoide. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5, 129-142.
- Zimmerman, B.J. y Bandura, A. (1994). Impact of self-regulatory influences on writing course attainment. *American Educational Research Journal*, 31, 845-862.
- Zimmerman, B.J., Bandura, A. y Martínez-Pons, M. (1992). Self-efficacy for academic attainment: The role of self-efficacy beliefs and personal goal setting. *American Education Research Journal*, 29, 663-676.