

Teoría de Rango Medio para el Diagnóstico de Enfermería Baja Autoeficacia en Salud

Middle-Range Theory for the Nursing Diagnosis of Low Self-Efficacy in Health

Teoria de Médio Alcance para o Diagnóstico de Enfermagem Baixa Autoeficácia em Saúde

Reinaldo Gutiérrez Barreiro¹

ORCID: 0000-0002-1027-9012

Marcos Venícios de Oliveira Lopes¹

ORCID: 0000-0001-5867-8023

Layana De Paula Cavalcante¹

ORCID: 0000-0002-4945-2812

¹Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil.

Como citar este artículo:

Barreiro RG, Lopes MVO, Cavalcante LP. Middle-Range Theory for the Nursing Diagnosis of Low Self-Efficacy in Health. Rev Bras Enferm. 2020;73(5):e20190370. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0370>

Autor correspondiente:

Reinaldo Gutiérrez Barreiro
E-mail: gutrey@gmail.com



EDITOR-JEFE: Antonio José de Almeida Filho
EDITOR ASOCIADO: Rafael Silva

Sumisión: 06-08-2019 **Aprobación:** 01-11-2019

RESUMEN

Objetivos: validación teórica del concepto de baja autoeficacia en salud como un constructo diagnóstico de enfermería **Métodos:** construcción de una teoría de rango medio para validación de diagnósticos que comprende cinco etapas: definición del abordaje de construcción de la teoría, definición de los conceptos principales, construcción de un pictograma, formulación de proposiciones, establecimiento de las relaciones de causalidad y la evidencia para la práctica. Los conceptos principales fueron descritos por medio de una revisión de literatura. Los estudios fueron tomados de las bases de datos LILACS, SCOPUS, CINAHL y PubMed/MEDLINE. Obteniendo la muestra final de 92 artículos. **Resultados:** se identificaron dieciocho factores etiológicos y dieciséis indicadores clínicos; caracterizados en antecedentes y las manifestaciones para la inferencia diagnóstica de baja autoeficacia en salud. **Conclusiones:** se identificaron y definieron los conceptos relacionados del nuevo diagnóstico de enfermería de baja autoeficacia en salud, para ser aplicados en la práctica clínica de enfermería.

Descriptor: Enfermería; Teoría de Enfermería; Diagnóstico de Enfermería; Autoeficacia; Salud.

ABSTRACT

Objectives: theoretical validation of the concept of low self-efficacy in health as a nursing diagnosis construct. **Methods:** construction of a middle-range theory for validating diagnoses, comprised of five stages: definition of the approach for building the theory; definition of the main concepts; creation of a pictorial diagram; formulation of proposals; establishment of causal relationships and evidence for clinical practice. The main concepts were identified through a literature review and the studies were taken from the LILACS, SCOPUS, CINAHL and PubMed/MEDLINE databases. The final sample was comprised of 92 articles. **Results:** eighteen etiological factors and 16 clinical indicators were identified; characterized as antecedents and manifestations for inferring a diagnosis of low self-efficacy in health. **Conclusions:** the related concepts of the new nursing diagnosis of low self-efficacy in health, to be applied in clinical nursing practice, were identified and defined.

Descriptors: Nursing; Nursing Theory; Nursing Diagnosis; Self-Efficacy; Health.

RESUMO

Objetivo: validação teórica do conceito de baixa autoeficácia em saúde como um construto diagnóstico de enfermagem. **Métodos:** construção de uma teoria de médio alcance para validação de diagnósticos compreendendo cinco etapas: definição da abordagem para a construção de teoria, definição de conceitos-chaves, construção de um diagrama pictórico, formulação de proposições, estabelecimento de relações causais e evidências para a prática. Os principais conceitos foram descritos por meio de uma revisão de literatura. Os estudos foram retirados das bases de dados LILACS, SCOPUS, CINAHL e PubMed/MEDLINE obtendo uma amostra final de 92 artigos. **Resultados:** foram identificados dezoito fatores etiológicos e dezesseis indicadores clínicos, caracterizados em antecedentes e as manifestações para a inferência diagnóstica de baixa autoeficácia em saúde. **Conclusões:** foram identificados e definidos os conceitos relacionados ao novo diagnóstico de enfermagem de baixa autoeficácia em saúde a ser aplicado na prática clínica de enfermagem.

Descritores: Enfermagem; Teoria da Enfermagem; Diagnóstico de Enfermagem; Autoeficácia; Saúde.

INTRODUCCIÓN

La autoeficacia es definida como los “juicios que cada individuo hace sobre sus capacidades, con base a los cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado”⁽¹⁾. Este es el concepto principal de la teoría social cognitiva de Bandura, que se fundamenta en la confianza, motivación y el aprendizaje. Por consiguiente, la autoeficacia se entiende como el supuesto de que las personas tienen influencia sobre su conducta, a través del pensamiento reflexivo, el uso generativo de conocimientos y la aplicación de habilidades para llevar a cabo una acción determinada⁽²⁾.

Este constructo ha sido ampliamente discutido en la literatura por las disciplinas de salud, en especial en enfermería para comprender el comportamiento que adoptan las personas frente a un proceso patológico y se ha comprobado empíricamente que es un concepto influyente en el adecuado desarrollo de las actividades para preservar y recuperar el adecuado estado de salud⁽³⁾. Así, algunos autores han demostrado que el nivel de autoeficacia está correlacionado con la adopción de conductas que promueven su bienestar. Por ejemplo, las personas con un nivel alto de autoeficacia presentan un mejor control de factores de riesgos cardiovasculares⁽⁴⁾. Además, evidencian un grado mayor de respuesta a los tratamientos y adherencia a los regímenes terapéuticos⁽⁵⁾.

De igual manera, la evidencia demuestra que un nivel bajo de autoeficacia se relaciona con un aumento de la ansiedad y el estrés⁽⁶⁾, los cuales son factores que afectan negativamente en la percepción de los pacientes respecto a sus capacidades para ejecutar acciones de autocuidado, dado que tienen la creencia que sus metas son muy difíciles y fuera de su alcance⁽⁷⁾.

En consecuencia, los niveles de autoeficacia frente a los comportamientos de salud están correlacionados con el conocimiento de las personas sobre sus capacidades y motivaciones para llevar a cabo conductas necesarias para alcanzar un nivel adecuado de bienestar⁽⁸⁾. De ahí que la autoeficacia es un determinante en la adquisición de conocimientos, habilidades⁽⁹⁾ y la aplicación de los cambios de vida necesarios que deben adoptar las personas al enfrentar un proceso patológico⁽¹⁰⁾, así como en la persistencia y mantenimiento de las recomendaciones impartidas por el personal de enfermería⁽⁵⁾, lo que demuestra que es un importante predictor de conductas de salud⁽¹⁰⁾.

Si bien este concepto ha sido ampliamente investigado en un número importante de estudios e indagado con diferentes metodologías investigativas, es importante establecer que hasta el momento en la literatura disponible no se ha reportado ninguna validación de la autoeficacia como un constructo diagnóstico para la enfermería. Esto evidencia la necesidad y pertinencia de validar conceptual y clínicamente, el concepto de autoeficacia dentro de una clasificación de diagnósticos de enfermería, dada la importancia de la estandarización del lenguaje enfermero para la práctica profesional. De ahí que la estructuración de un constructo diagnóstico basado en la motivación y convicción que tienen los pacientes sobre sus propias capacidades de realizar acciones que restablezca su estado de salud, puede direccionar las acciones de los profesionales de enfermería y la toma de decisiones para formular cuidados de enfermería de calidad.

OBJETIVOS

Realizar la validación de un constructo diagnóstico basado en el concepto de autoeficacia en salud para una posible incorporación en la clasificación internacional de diagnósticos de enfermería de la NANDA Internacional (NANDA-I). Este concepto se fundamentará en el contexto de los factores que conllevan a los pacientes a no sentirse motivados, ni confiados en la capacidad de llevar a cabo determinadas tareas o acciones para restablecer su salud, caracterizando una baja autoeficacia en salud.

MÉTODOS

Para la validación del concepto de autoeficacia, como un constructo diagnóstico de enfermería, se realizará una teoría de mediano rango, que tienen como propósito trasladar a la práctica los conceptos amplios de las bases teóricas, está constituida por un número menor de conceptos más concretos y analiza sus posibles relaciones de causalidad, facilitando la comprensión en la presentación de un fenómeno⁽¹¹⁻¹²⁾. que es una metodología que puede ser utilizada para orientar estudios que buscan validar los conceptos y contenidos de nuevos diagnósticos de enfermería⁽¹³⁻¹⁴⁾. La metodología específica para identificación de los efectos de uno o más conceptos y sus relaciones causales de un diagnóstico particular, comprende cinco etapas preestablecidas: definición del abordaje de construcción de la teoría, definición de los conceptos principales, la construcción de un pictograma, formulación de proposiciones, el establecimiento de las relaciones de causalidad y la evidencia para la práctica⁽¹³⁾.

Definición del abordaje de construcción de la teoría

La teoría de mediano rango se realizó mediante el análisis de los elementos que conforman el concepto de autoeficacia en el contexto de salud. Para lograr este objetivo se aplicaron elementos de raciocinio clínico, modelos de validación diagnóstica y clínico-epidemiológica, con el objetivo de identificar los elementos involucrados en la manifestación de la alteración en la autoeficacia, específicamente el fenómeno de baja autoeficacia, sus conceptos y sus relaciones de causalidad; que permitan al enfermero en su práctica identificar la presentación de esta manifestación clínica en sus sujetos de cuidado⁽¹³⁾.

La construcción de la teoría de mediano rango de baja autoeficacia en salud, se realizó con el estudio de los elementos conceptuales provenientes de la teoría social cognitiva propuesta por Bandura, y el análisis de hallazgos investigativos mediante una búsqueda integrativa de literatura, la cual tuvo como pregunta central: ¿Cuáles son los elementos asociados a la presentación y manifestación clínica de un bajo nivel de autoeficacia en salud? A partir de esa interrogación se realizó la búsqueda de literatura disponible en las bases de datos: Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (LILACS), SCOPUS, *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL) y *National Library of Medicine National Institutes of Health* (PubMed/MEDLINE). Los descriptores controlados fueron seleccionados a partir del *Medical Subject Headings Section* (MeSH), Descriptores en Ciencias de la Salud (DeC) y CINAHL *Heading*: diagnósticos de enfermería, salud,

conductas de salud y enfermedades crónicas relacionados a través del operador booleano AND con el descriptor autoeficacia.

Los artículos fueron filtrados por los siguientes criterios: estudios primarios y secundarios desarrollados con el concepto de autoeficacia en pacientes que recibieron atención en cualquier entorno clínico, independientemente de su edad, sexo, origen étnico o comorbilidades; publicados en el período de 2008 a 2018, escritos en inglés, portugués y español y fueron excluidos los editoriales y cartas al lector.

Para garantizar la calidad en la elección de los artículos y evitar sesgos de selección de los mismos, al menos dos revisores verificaron de forma independiente todos los estudios. La evaluación de la inclusión o no del estudio se realizó en función de la lectura inicial del título y el resumen. Ante el desacuerdo en la selección de un estudio entre los dos revisores, fue resuelto con la participación de un tercer revisor.

Los artículos seleccionados se evaluaron en texto completo para garantizar que se cumplieran los criterios de inclusión. La extracción de datos de los estudios seleccionados se realizó teniendo en cuenta el objetivo de identificar la presencia de elementos que podrían ayudar a comprender y estructurar la definición como un constructo diagnóstico de baja autoeficacia en salud y sus aspectos asociados. A su vez fueron excluidos aquellos estudios que no tenían como concepto principal la autoeficacia y aquellos que no respondían a la pregunta central.

Definición de los conceptos principales

Los conceptos clave abordados en la revisión bibliográfica fueron los elementos conceptuales de la teoría social cognitiva de Bandura y conceptos encontrados durante la revisión de literatura disponible. El análisis conceptual y operacional de estas definiciones permitió describirlos de manera concreta, mensurable y objetivamente codificable. Los hallazgos encontrados en la lectura de los artículos seleccionados proporcionaron los conceptos referentes a los factores etiológicos e indicadores clínicos y sus respectivas definiciones conceptuales y operacionales, relacionados con el constructo diagnóstico de baja autoeficacia para ser definidos en una etiqueta diagnóstica NANDA-I⁽¹³⁾.

Construcción del diagrama pictórico

Con el objetivo de facilitar la comprensión de la teoría de mediano rango fue construido un diagrama pictórico, para representar gráficamente los principales conceptos hallados en la revisión de literatura, explicando de manera gráfica las interrelaciones entre los factores antecedentes, el fenómeno en estudio y las manifestaciones clínicas presentadas en el individuo con baja autoeficacia, con el apoyo del razonamiento clínico de un diagnóstico de enfermería⁽¹³⁾.

Construcción de proposiciones

A partir del razonamiento clínico y el diagrama pictórico se realizó la formulación de proposiciones para describir las relaciones entre los conceptos explicativos de la teoría de mediano rango, el número de proposiciones para los conceptos relacionados

con una baja autoeficacia en salud, dependió de los hallazgos encontrados por medio de la revisión bibliográfica. Este análisis permitió identificar las relaciones causales de predicción del fenómeno de baja autoeficacia en salud como manifestación diagnóstica⁽¹³⁾.

Establecimiento de relaciones causales y evidencia para la práctica

En la última etapa se estableció y describió las relaciones de causalidad entre los elementos que conformaron el diagnóstico de enfermería de baja autoeficacia en salud, para realizar un análisis óptimo de estas relaciones, se aplicarán los modelos causales sugeridos por Lopes, Silva y Herdman⁽¹³⁾. Estos se clasifican en modelos: lineal, gatillo, efecto dominó, efecto mariposa, salto de calidad y causas suficientes. Cada uno de estos modelos permitió analizar las evidencias clínicas concretas y la conexión entre los hallazgos literarios y la realidad clínica⁽¹³⁾.

RESULTADOS

La búsqueda en la literatura de los elementos asociados a la presentación y manifestación clínica de un bajo nivel de autoeficacia en salud se realizó en dos pasos, en el primer lugar, se identificaron 12.316 citas en las cuatro bases de datos electrónicas. No se realizó búsquedas de referencias en la literatura gris. Después de una revisión exhaustiva de los títulos y duplicaciones, se excluyeron 12.020 y fueron elegidos 296 para lectura de resúmenes y aplicar los criterios de inclusión, exclusión y; se descartaron 198 referencias. Por lo tanto, se mantuvieron 98 artículos seleccionados para la lectura de texto completo (segundo paso). Este proceso llevó a la exclusión de 6 estudios. En total, se seleccionaron 92 artículos para la extracción de conceptos (Figura 1).

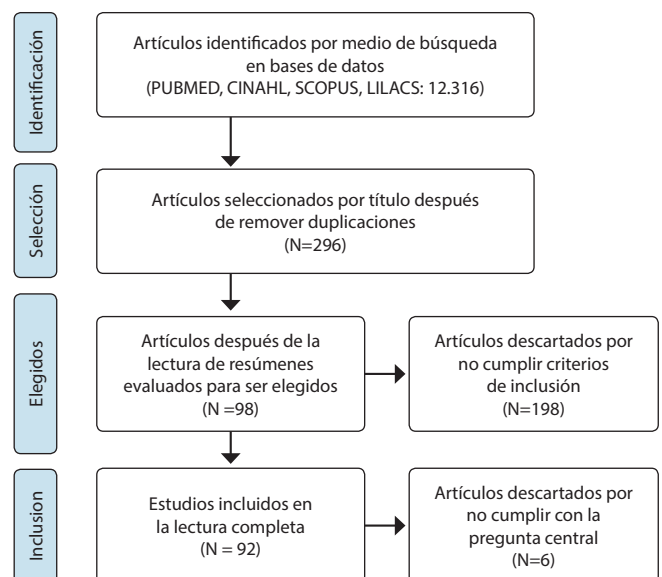


Figura 1 – Flujograma de las etapas de revisión sistemática de los artículos primarios seleccionados para los elementos asociados a un bajo nivel de autoeficacia en salud

Definición de los conceptos principales

A partir de la lectura de los artículos elegidos en la etapa anterior, se realizó un análisis conceptual y operacional de los distintos términos reportados por los autores en relación a los factores desencadenantes y manifestaciones clínicas de un nivel bajo de autoeficacia en el contexto de salud. Correspondiendo a los conceptos claves en este estudio para la validación del nuevo diagnóstico enfermero: baja autoeficacia en salud de acuerdo con la NANDA-I, (factores etiológicos e indicadores clínicos). Estos conceptos principales fueron a su vez clasificados en componentes cognitivos, emocionales, conductuales basados en la teoría de autoeficacia de Bandura. Adicionalmente en factores fisiológicos y socioeconómicos (este último, solo para los factores etiológicos), descritos empíricamente en la literatura revisada como componentes que influyen en la presentación o en la manifestación de un nivel bajo de autoeficacia en salud (Cuadros 1 e 2).

Construcción del diagrama pictórico

Con los conceptos clave encontrados en la revisión de literatura se realizó un diagrama pictórico con el objetivo de explicar de manera gráfica las interrelaciones entre los conceptos principales del fenómeno en estudio se tienen los siguientes factores: los antecedentes y las manifestaciones clínicas presentadas en el individuo con baja autoeficacia⁽¹³⁾. Se realizó un diagrama de causa-efecto, de espina de pescado o de Ishikawa, esta técnica permite realizar un análisis de un fenómeno, su vínculo con las causas involucradas y efectos o manifestaciones en su presentación (Figuras 2 e 3).

Los principales conceptos descritos empíricamente en la literatura revisada como factores que influyen en la presentación o manifestación de un nivel bajo de autoeficacia se calificaron y agruparon en componentes cognitivos, emocionales, fisiológicos conductuales y socioeconómicos. Estos hallazgos concuerdan con

la proposición de Bandura de ser los componentes principales que interactúan en la reciprocidad triádica⁽²⁾, persona-conducta-ambiente; la persona determinada por sus cogniciones, emociones y factores biológicos, junto con el comportamiento o conducta y el ambiente. Lo expuesto por Bandura explica cómo el ser humano transforma el ambiente mediante el cambio de su conducta. Sin embargo, el individuo con baja autoeficacia no puede transformar su ambiente porque no cree tener la capacidad de modificar la conducta⁽³³⁾.

Los componentes cognitivos que abordan el conocimiento y el cúmulo de información que se obtiene gracias a los procesos de aprendizaje y a la experiencia de cada individuo, comprende factores internos experimentados por el sujeto⁽³⁹⁾ y los conceptos emocionales que experimenta el individuo ante situaciones difíciles e influyen en las creencias sobre sus capacidades operativas⁽⁴⁰⁾. El componente conductual comprende el conjunto de las acciones con que un ser vivo responde a una situación, las conductas que implementan y cómo se comportan frente a los factores externos⁽⁴¹⁾. Adicionalmente en factores fisiológicos, comprendiendo la reacción que se produce en el organismo ante los estímulos⁽⁴²⁾ y por último los factores socio-económicos que condicionan la autopercepción de autoeficacia (este último, solo reportado dentro de los factores etiológicos).

Cuadro 1 – Clasificación de conceptos relacionados con la presentación de un nivel bajo de autoeficacia en salud

Factores Etiológicos del diagnóstico de enfermería baja autoeficacia en salud				
Cognitivos	Emocionales	Fisiológicos	Socio-económicos	Conductuales
Percepción de consecuencias graves de la enfermedad ⁽¹⁵⁾	Sentimientos de confianza insuficientes en los profesionales de salud ⁽⁶⁾	Mayor compromiso del estado de salud por severidad de la enfermedad ⁽¹⁵⁾	Apoyo social insuficiente ⁽²⁶⁾ Bajo nivel educacional ⁽²⁷⁾	Comunicación verbal perjudicada ⁽²⁸⁾
Percepción de barreras ⁽¹⁶⁾	Miedo ⁽²⁰⁾	Fatiga ⁽²²⁾	Situación económica precaria ⁽²⁷⁾	
Déficit de conocimientos ⁽¹⁷⁾	Sentimientos de impotencia ⁽²¹⁾	Límites de edad ⁽²³⁾		
Creencias compensatorias de salud ⁽¹⁸⁾	Ansiedad ⁽⁶⁾	Estrés ⁽²⁴⁾		
Experiencia de fracaso ⁽¹⁹⁾		Dolor ⁽²⁵⁾		

Cuadro 2 – Clasificación de conceptos relacionados con la manifestación clínica de la presentación de un nivel bajo de autoeficacia en salud

Indicadores clínicos del diagnóstico de enfermería baja autoeficacia en salud			
Conductuales	Cognitivos	Emocionales	Fisiológicos
Comportamiento de salud propenso a riesgo ⁽²⁹⁾	Menor calidad de vida ⁽¹⁰⁾	Sentimientos de ira ⁽³⁸⁾	Aumento de quejas por dolor ⁽²⁵⁾
Baja adherencia ⁽³⁰⁾	Autocontrol insuficiente ⁽³⁶⁾	Negación en los cambios del estado de salud ⁽²⁷⁾	
Códependencia ⁽³¹⁾	Menor grado de empoderamiento en salud ^(22,37)		
Ausencia de interés en mejorar comportamientos de salud ⁽²⁷⁾	Baja autopercepción de salud ⁽²⁴⁾		
Falla en actuar para prevenir problemas de salud ⁽³²⁾			
Déficit de autocuidado ^(17,33)			
Capacidad de resolución de problemas disminuida ⁽¹⁰⁾			
Conducta de evitación ⁽³⁴⁻³⁵⁾			
Comunicación verbal perjudicada ⁽⁶⁾			

Proposiciones para factores etiológicos

- Los conceptos que conforman los factores etiológicos de un nivel bajo de autoeficacia se pueden clasificar en componentes cognitivos, emocionales, fisiológicos, conductuales y socioeconómicos.
- Los componentes cognitivos predisponen a la presentación de un nivel bajo de autoeficacia en salud⁽¹⁵⁻¹⁶⁾, debido a que la variación de estos fenómenos altera los procesos de autoevaluación cognitiva incidiendo en la autoconfianza, afectando la percepción de los pacientes sobre sus capacidades para enfrentar problemas en su estado de salud^(30,42).

- Las presencias de factores emocionales inducen a un nivel bajo de autoeficacia, puesto que las emociones y sensaciones negativas son elementos que repercuten en los juzgamientos que emiten los individuos sobre sus propias capacidades para llevar a cabo conductas necesarias para recuperar su salud^(20,25).

- Los factores fisiológicos son respuestas físicas normales ante el aumento de la edad y el padecimiento de una enfermedad, estos influyen negativamente en la confianza de las propias capacidades para afrontar un proceso patológico^(25,36).

- Los síntomas como el dolor y la fatiga producidos por un evento patológico, pueden ser interpretados por el individuo como signos de debilidad, percibiéndose como incompetente para ejecutar

acciones en pro de controlar los síntomas desagradables⁽²³⁻²⁴⁾.

- El único factor conductual corresponde a la comunicación perjudicada⁽²⁸⁾ y este propicia a la baja autoeficacia, porque afecta la adquisición de información, conocimientos, así como el esclarecimiento de dudas; elementos necesarios para comprender los objetivos de las acciones que debe

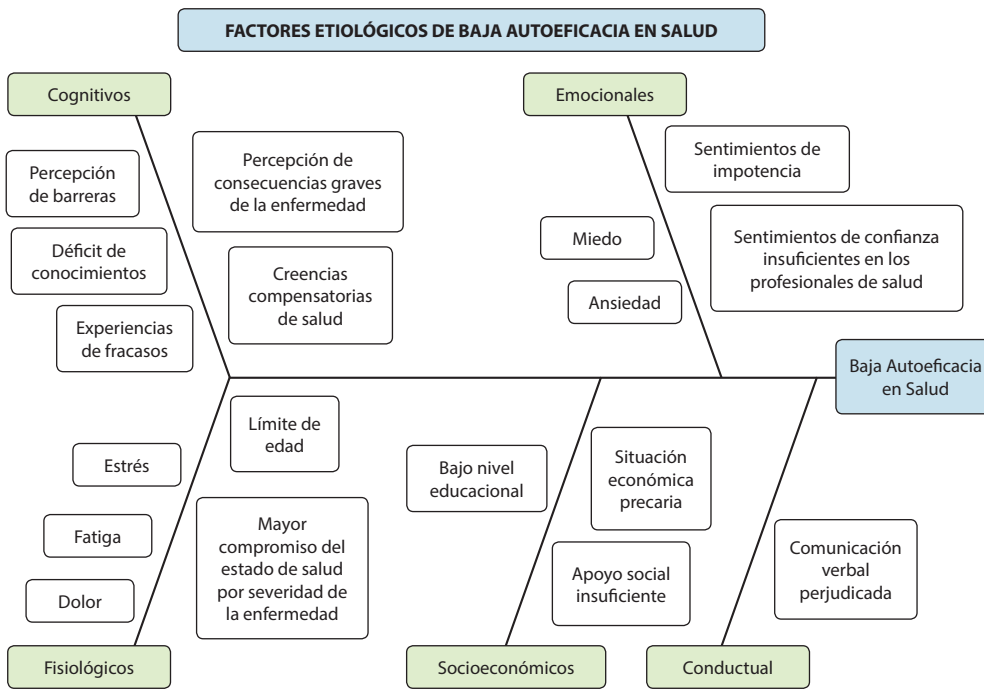


Figura 2 – Diagrama de causa efecto de factores etiológico de un nivel bajo de autoeficacia en salud

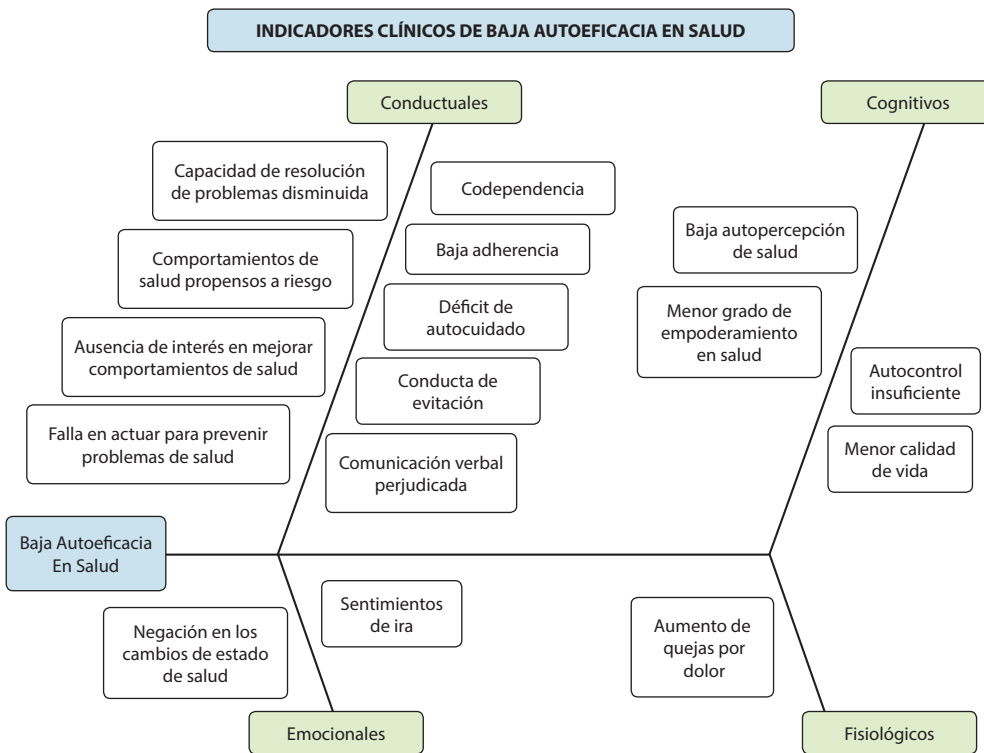


Figura 3 – Diagrama de causa efecto manifestaciones clínicas de un nivel bajo de autoeficacia en salud

Construcción de proposiciones

Al realizar un análisis clínico de los conceptos clave y el diagrama pictórico se planteó la formulación de proposiciones para describir las relaciones entre los conceptos explicativos de la teoría de mediano rango de baja autoeficacia en salud⁽¹³⁾.

adoptar frente a un proceso patológico o promover su estado salud⁽¹⁷⁾.

- Los factores socioeconómicos negativos propician la presentación de una baja autoeficacia en salud, favorecido por un bajo nivel educativo y la falta de apoyo social, son factores que comprometen el nivel de conocimientos y el respaldo para reforzar la confianza en sus competencias para iniciar y mantener acciones para restablecer su estado de salud⁽²⁶⁻²⁷⁾.

Proposiciones para manifestaciones clínicas

- Los conceptos que conforman las manifestaciones clínicas de un nivel bajo de autoeficacia en salud se pueden clasificar en componentes conductuales, cognitivos, emocionales y fisiológicos.
- El bajo nivel de autoeficacia presenta un importante número de manifestaciones clínicas relacionadas con el componente conductual, reflejando que la baja percepción en las capacidades para garantizar un óptimo estado de salud, se puede identificar en la presencia de comportamientos que exponen al individuo a un riesgo mayor de adquirir una determinada enfermedad.
- El bajo nivel de autoeficacia en salud también se manifiesta en la ausencia de conductas que promuevan el adecuado estado de salud.
- Dentro de los factores conductuales que pueden manifestar una baja autoeficacia en salud^(22,29), se encuentra la ausencia de acciones contundentes para el adecuado control sobre situaciones que el individuo percibe como amenazas (enfermedad), de esta manera, la ejecución de las conductas que debe adoptar para enfrentar un proceso patológico, las realiza de manera ineficiente⁽³⁷⁾.
- La comunicación verbal perjudicada fue el único factor conductual que también fue encontrada como antecedente, lo que demuestra que puede tener una presentación cíclica como factor predisponente y manifestación clínica de un nivel bajo de autoeficacia en salud⁽⁶⁾.
- Las alteraciones de tipo cognitivos manifiestan clínicamente la presencia de un nivel bajo de autoeficacia en salud, debido a las alteraciones en las habilidades cognitivas para formular percepciones positivas de sus capacidades para enfrentar una enfermedad.
- Los indicadores cognitivos que expresan un nivel bajo de autoeficacia^(10,24), se pueden identificar en las percepciones de incompetencias en la elección y mantenimiento de determinadas líneas de acción, falta de control para realizar cambios en sus conductas de manera eficiente para recuperar en el estado óptimo de salud⁽²²⁾.
- Las manifestaciones clínicas de tipo emocionales demuestran poca confianza en las capacidades para llevar a cabo acciones para garantizar su estado de bienestar y se reflejan en el desinterés y apatía para cuidar de su propia salud^(19,27).
- Un nivel bajo de autoeficacia en salud se manifiesta por alteraciones de tipo fisiológicos, traducidos en síntomas propios de alteraciones del estado de salud, las personas con baja autoeficacia sienten que no pueden hacer nada

para controlar los síntomas, interpretan los que los controles de los factores desencadenantes del dolor están fuera de su alcance, por su impotencia e incapacidad personal⁽²¹⁾.

Establecimiento de relaciones causales y evidencia para la práctica

Al analizar la diagramación pictórica de los elementos encontrados en la revisión integrativa de literatura se puede inferir que existen diversos elementos que pueden orientar a los enfermeros a realizar la inferencia diagnóstica de una baja autoeficacia en salud en sus sujetos de cuidado. Se identificaron veinte factores etiológicos y diecinueve indicadores clínicos; agrupados en componentes cognitivos, emocionales, conductuales, fisiológicos y socioeconómicos. Los componentes conductuales y cognitivos han sido los de mayor frecuencia de presentación en las manifestaciones clínicas; respecto a los factores etiológicos los componentes de mayor frecuencia correspondieron a los conceptos cognitivos y emocionales.

Establecimiento de relaciones causales en manifestaciones clínicas

Respecto a las manifestaciones clínicas, el componente conductual es el más relevantes porque el individuo modifica su comportamiento a través de un sistema de criterios internos que determina, organiza y controla la conducta⁽²⁾. Por consiguiente, cuando existe un nivel bajo de autoeficacia, este puede ser identificado por la presencia de conductas que exponen a factores de riesgo, así como por la ausencia de comportamientos que promuevan la salud⁽²⁾.

Dentro de los competentes conductuales que evidencian un nivel bajo de autoeficacia en salud, se encuentran fenómenos en la habilidad para manejar los problemas generados por un proceso patológico: comportamiento de salud propenso a riesgo^(4,29) ausencia de interés en mejorar comportamientos de salud⁽²⁷⁾, falla en actuar para prevenir problemas de salud⁽³²⁾, capacidad de resolución de problemas disminuida⁽¹⁰⁾, codependencia⁽³¹⁾, conducta de evitación⁽³⁴⁻³⁵⁾. Se observa que la baja confianza y percepciones negativas en las propias capacidades, se reflejan en la ejecución de conductas nocivas, que no corresponden a comportamientos adecuados para promover la salud.

Además de las anteriores manifestaciones clínicas de tipo conductuales, la baja adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico es un importante indicador clínico conductual reportado por diversos autores^(30,37), evidenciado como la alteración en la percepción y creencia en la capacidad de cumplir con el régimen terapéutico^(5,42). La baja adherencia es una señal para la identificación del diagnóstico de baja autoeficacia en salud⁽³⁰⁾, puesto que el fenómeno de adherencia inadecuada al régimen terapéutico refleja la incapacidad y falta de compromiso para cumplir con los tratamientos⁽⁵⁾, concordando con la teoría social cognitiva de Bandura, que establece que los componentes conductuales reflejan si los individuos se sienten capaces de iniciar, esforzarse y persistir en una determinada conducta⁽²⁾.

Continuando con los componentes conductuales que evidencian un nivel bajo de autoeficacia se encuentra la comunicación

verbal perjudicada⁽⁶⁾. Esta representa un nivel bajo de autoeficacia entre los pacientes más conservadores e indiferentes a disipar dudas y obtener información para comprender cómo enfrentar una alteración de la salud. Por último, dentro de las manifestaciones clínicas de baja autoeficacia de carácter conductual, se encuentra el déficit de autocuidado⁽¹⁷⁾, dado que los pacientes que tiene baja percepción en sus capacidades, poseen una menor motivación y no confían en sus habilidades ejecutar con éxito acciones de autocuidado⁽³³⁾.

Respecto a las manifestaciones clínicas de origen cognitivo de una baja autoeficacia en salud, se aprecia su relevancia por ser la autoeficacia un constructo cognitivo-conductual. De esta manera, las cogniciones pueden influir en las conductas que adoptan las personas⁽²⁸⁾. Dentro de estos factores cognitivos se encuentran los de tipo perceptual que incluyen la baja autopercepción de salud⁽²⁴⁾ y percepción de menor calidad de vida⁽¹⁰⁾.

Como se puede apreciar la presentación de un bajo nivel de autoeficacia en salud, se manifiesta en cómo se percibe el individuo frente a el impacto de la enfermedad o alteración en su estado de salud y dado que una percepción de baja autoeficacia, compromete el proceso cognitivo que interfiere en la interpretación del nivel de competencia⁽³¹⁾, así como en la desconfianza en las habilidades y capacidades necesarias para afrontar el proceso patológico⁽²⁴⁾.

De igual manera, la manifestación clínica de baja autoeficacia también queda evidenciada con otros tipos de componentes cognitivos, particularmente relacionadas con las capacidades, llevando a los pacientes a experimentar un sentimiento de incompetencia para realizar determinadas acciones que se refleja en un menor grado de empoderamiento en salud^(22,37) y autocontrol insuficiente⁽³⁶⁾. Es posible deducir que la alteración en la autoeficacia se expresa en la incapacidad para asumir el control y confianza en sus competencias para desempeñar las acciones necesarias que le permitan obtener los resultados deseados⁽³²⁾, en el contexto de salud, de realizar conductas para cuidar su propio bienestar y de controlar factores predisponentes de una enfermedad.

Por otro lado, el diagnóstico de un nivel bajo de autoeficacia en salud se puede identificar por medio de los factores emocionales expresados en sentimientos de ira⁽³⁸⁾. Esta manifestación clínica refleja la frustración que experimentan los pacientes al percibirse incapaces de seguir un curso de acción. El otro factor etiológico emocional, es la negación del estado de salud⁽²¹⁾, que se presenta como un mecanismo de defensa del paciente, invalidando la información desagradable y no deseada para su vida. Se denota que la percepción de una baja autoeficacia se expresa en la experiencia de emociones y sentimientos que influyen negativamente en los cursos de acción que deben realizar para restablecer su estado de salud⁽²⁾.

Finalmente, el componente fisiológico encontrado en la literatura que evidencia un nivel bajo de autoeficacia en salud corresponde al aumento de quejas por dolor⁽²⁵⁾. Esto demuestra que la falta de creencia en la propia capacidad para manejar el dolor y sobrellevar sus actividades a pesar del dolor persistente es una importante manifestación de la percepción de incompetencia para controlar los factores desencadenantes de ese dolor⁽³⁶⁾.

Establecimiento de Relaciones Causales en Factores etiológicos

Al analizar los factores etiológicos o antecedentes clínicos, los componentes cognitivos se destacan en la presentación de una baja autoeficacia en salud, confirmando las propuestas teóricas de Bandura⁽³²⁾, que asevera que las cogniciones inciden en la conducta que adoptan los individuos; dentro de estos componentes relacionados con las cogniciones se destacan los siguientes factores de tipo perceptual: percepción de consecuencias graves de la enfermedad⁽³⁶⁾, percepción de barreras⁽¹⁶⁾. Se evidencia que estos factores pueden incidir en los juicios que las personas emiten sobre sus propias capacidades de realizar acciones y conductas^(2,37). En efecto, perciben que las acciones que deben adoptar para restablecer su salud son inalcanzables y que la presencia de barreras para realizar dichas conductas son obstáculos insuperables.

Además de los anteriores factores etiológicos de tipo cognitivos que inciden en la manifestación de un nivel bajo de autoeficacia en salud, se encuentra los elementos que inciden en el proceso de aprendizaje de nuevas informaciones que precisa el individuo para enfrentar un proceso patológico. Específicamente el déficit de conocimientos⁽¹⁷⁾, el cual incide en la comprensión, ausencia de información y desinterés en la búsqueda de estas informaciones⁽³⁸⁾, necesarios para entender la pertinencia de realizar acciones para enfrentar una enfermedad, generando la incapacidad de tomar decisiones y ejecutar medidas para mejorar la salud⁽¹⁷⁾.

Continuando con los factores etiológicos de tipo cognitivos, las experiencias de fracaso⁽¹⁹⁾, son un antecedente relevante en la presentación de un nivel bajo de autoeficacia en salud, puesto que generan frustración y, como consecuencia, el individuo desarrolla una conciencia de incompetencia sobre aquello que intentó realizar y obtuvo resultados diferentes a los que esperaba⁽⁴⁰⁾. Estas experiencias negativas afectan su percepción sobre las capacidades para realizar acciones futuras.

Por último, dentro de los factores etiológicos de carácter cognitivo, se encuentran las creencias compensatorias de salud⁽¹⁸⁾. Estos son elementos que propician un nivel bajo de autoeficacia en salud, al generarse en el individuo creencias que un comportamiento no saludable puede ser compensada por una conducta saludable, interfiriendo de esta manera, en la comprensión del riesgo de no controlar una conducta nociva para la salud y de la importancia realizar acciones eficaces para restablecer su estado de bienestar⁽⁴³⁾.

Otro tipo de factores etiológicos de un nivel bajo de autoeficacia en salud corresponden a los conceptos emocionales, que comprenden estados emocionales desagradables que experimentan las personas al enfrentar una alteración del estado de salud: ansiedad⁽⁶⁾ y el miedo⁽²⁰⁾. Estos factores inciden en la autoeficacia en salud, porque el individuo experimenta percepciones de amenaza producto de las consecuencias de padecer una enfermedad, ocasionando la pérdida de la capacidad para dirigir sus propios actos, al enfrentar un proceso patológico, afectando de este modo, la confianza en sus propias competencias para realizar actos para cuidar su salud.

Continuando con los factores etiológicos de carácter emocional, se hallaron los sentimientos que surgen en el individuo

al padecer una enfermedad: sentimientos de impotencia⁽²¹⁾. Este fenómeno reincide en la autoeficacia en salud, cuando las personas experimentan sentimientos de incapacidad, limitaciones, falta de fuerza, poder o competencia para realizar acciones para cuidar su salud, ante el padecimiento de una enfermedad. Por consiguiente, los individuos perciben que otras personas deben suplir esas carencias de cuidados que él no puede realizar por sí mismo.

Finalmente, dentro de los antecedentes clínicos de componente emocional, relacionado con sentimientos que propenden a un nivel bajo de autoeficacia en salud, se encontró el fenómeno de sentimientos de confianza insuficientes en los profesionales de salud⁽⁶⁾. Esta desconfianza interfiere negativamente en la interacción paciente-proveedor, donde el profesional de salud es un agente de cambio, que ayuda a la persona a modificar su conducta por medio de suministro de información y orientaciones, con el objetivo de potenciar las capacidades de los individuos para su autocuidado y promoción de su salud⁽⁴⁴⁾.

Otro tipo de factores etiológicos de un nivel bajo de autoeficacia en salud corresponden a las respuestas fisiológicas que presentan las personas al enfrentar un proceso patológico, dentro de estas se encuentran: la fatiga⁽²²⁾, el estrés⁽²⁴⁾, el dolor⁽²⁵⁾, y un mayor compromiso del estado de salud por severidad de la enfermedad^(15,36). Los anteriores factores provocan sentimientos de desesperanza cuando los individuos interpretan los síntomas y el grado de compromiso de la enfermedad, como señales de debilidad personal, lo que genera percepciones de incompetencia para ejecutar estrategias cognitivas con el fin de controlar los síntomas causados por la enfermedad como dolor; así como ejecutar acciones mediadoras para disminución del estrés.

Otro tipo de factores fisiológicos son los límites de edad⁽²³⁾. Estos antecedentes inciden en la presentación de baja autoeficacia en salud por la falta de experiencia que tienen las personas más jóvenes para superar circunstancias difíciles, como es el hecho de enfrentar una enfermedad⁽⁴⁵⁾. Del mismo modo ocurre con las personas con más edad, pese a que poseen experiencias previas en enfrentar una enfermedad, perciben que no tiene la fuerza suficiente, ni confían en sus capacidades para realizar las acciones necesarias para restablecer su estado de salud⁽⁴⁶⁻⁴⁷⁾.

En suma, el componente socioeconómico fue encontrado en la evidencia empírica como un factor etiológico de baja de autoeficacia en salud, correspondiendo al apoyo social insuficiente⁽²⁶⁾, el bajo nivel educacional⁽²⁷⁾ y la presencia de una situación económica precaria⁽²⁷⁾. Estos antecedentes contribuyen a la presentación y creencias de ineficacia para asumir los compromisos de cuidar su salud; porque las personas con menores condiciones educacionales, sumado a las carencias de apoyo social, se perciben sin herramientas cognitivas para comprender mejor las informaciones respecto a las alteraciones de salud que enfrentan, ni tampoco cuenta con el respaldo de un círculo social para afianzar la confianza en sus capacidades para cuidar de propia su salud.

El único componente de carácter conductual encontrado como factor etiológico de baja autoeficacia en salud es la comunicación verbal perjudicada^(6,28). Esta influye en la autoeficacia porque entorpece la interacción que entre el proveedor de salud y el paciente interfiere en la adquisición de informaciones, conocimientos, y en

el esclarecimiento de dudas sobre las acciones que debe realizar y de esta manera comprender la importancia de comprometerse en ejecutar los cuidados necesarios para reestablecer su estado de bienestar⁽⁶⁾.

Limitaciones del estudio

En este estudio se presentó como limitación, que el constructo de autoeficacia es un concepto muy amplio, aplicado en diferentes contextos y no solo al área de salud. Por lo cual el número de artículos disponibles en las bases de datos era considerable, por ello la selección de artículos fue enfocada en los estudios que respaldaran los fenómenos que explicaran la presentación y manifestación de una baja autoeficacia en salud específicamente. Tal aspecto no comprometió los resultados del estudio.

Aportes para el conocimiento de enfermería

La presente teoría de mediano rango es un gran aporte para el avance en la investigación sobre el nivel bajo de autoeficacia en salud, así como en la práctica clínica, puesto que proporciona una herramienta útil a los profesionales de enfermería para detectar eficientemente la presentación de los signos de percepciones y expectativas de ineficacia personal en los pacientes. Por lo tanto, los resultados de esta teoría, serán la base para continuar nuevas etapas investigativas para probar/estudiar empíricamente los conceptos identificados, con el propósito de continuar con la validación de contenido y validación clínica de este nuevo diagnóstico de enfermería.

CONCLUSIONES

Mediante la metodología de teoría de mediano rango se identificaron los conceptos relacionados del nuevo diagnóstico de enfermería de baja autoeficacia en salud, descritos en la evidencia científica para ser aplicados en la práctica clínica. La caracterización de estos conceptos en la revisión de estudios basados en la teoría social-cognitiva de autoeficacia de Bandura permitió caracterizar dichos conceptos en factores que llevan al desenlace, o sea en antecedentes y en las manifestaciones o signos clínicos que indican la presencia de un nivel bajo de autoeficacia en el contexto de salud.

Los factores predisponentes y las manifestaciones clínicas de un nivel bajo de autoeficacia en salud identificados, corresponden a conceptos cognitivos, conductuales, emocionales, fisiológicos y en menor grado en factores socio-económicos; elementos que se explicarían porque los individuos no se adhieren a las recomendaciones impartidas por las enfermeras y no adoptan las conductas esperadas para enfrentar un proceso patológico y/o no llevan a cabo acciones para promover su salud.

FINANCIAMIENTO

Este estudio contó con el apoyo financiero del Consejo Nacional de Desarrollo Científico y Tecnológico (CNPq) Proceso No. 305880/2018-7 Y No141060/2018-2.

REFERENCIAS

1. Bandura A. Social foundations of thought and action: A social cognitive theory. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, Inc. 1986.
2. Bandura A. Self-efficacy: The exercise of Control. New York: Freeman; 1977.
3. Sheer, Vivian C. A meta-synthesis of health-related self-efficacy instrumentation: problems and suggestions. *J Nurs Meas*. 2014;12;22(1):77-93. doi: 10.1891/1061-3749.22.1.77
4. Bonner JE, Esserman DA, Golin CE, Evon DM. Self-efficacy and adherence to antiviral treatment for chronic hepatitis C. *J Clin Gastroenterol*. 2015;49(1):76-83. doi: 10.1097/MCG.0000000000000055
5. Andrade B, Céspedes V. Adherencia al tratamiento en enfermedad cardiovascular: rediseño y validación de un instrumento. *Enferm Universit*. 2017;14(4):266-76. doi: 10.1016/j.reu.2017.10.001
6. Finney Rutten LJ, Hesse BW, St-Sauver JI, Wilson P, Chawla N, Hartigan DB, et al. Health self-efficacy among populations with multiple chronic conditions: the value of patient-centered communication. *Adv Ther*. 2016;33(8):1440-51. doi: 10.1007/s12325-016-0369-7
7. Guerrero J, Parra L, Mendoza J. Autoeficacia y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 sometidos a hemodiálisis. *Rev Cubana Salud Pública [Internet]*. 2016 [cited 2018 May 09];42(2):193-203. Available from: <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v42n2/spu03216.pdf>
8. Chew B, Fernández A, Shariff-Ghazali S. Psychological interventions for behavioral adjustments in diabetes care-a value-based approach to disease control. *Psychol Res Behav Manag*. 2018;4(11):45-155. doi: 10.2147/PRBM.S117224
9. Bandura A, Gurgel Ar, Polydoro S. Teoría social cognitiva: conceitos básicos. Porto Alegre: Artmed: 2008.
10. Silva M, Hortense P, Napoleão A, Stefane T. Autoeficácia, intensidade de dor e qualidade de vida em indivíduos com dor crônica. *Rev Eletrôn Enferm*. 2016;18:(e1145). doi: 10.5216/ree.v18.29308
11. Fawcett J. Middle-range nursing theories are necessary for the advancement of the discipline. *Rev Aquichan [Internet]*. 2005 [cited 2018 May 19];5(1):32-43. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v5n1/v5n1a04.pdf>
12. Fawcett J, Garity J. Evaluation of Middle Range Theories (Chapter 6). In *Evaluating Research for Evidence-Based Nursing Practice*. FA Davis; 2009.
13. Lopes MV, Silva VM, Herdman TH. Causation and Validation of Nursing Diagnoses. *Int J Nurs Terminol Knowledge*. 2015;28:53-59. doi: 10.1111/2047-3095.12104
14. Brandão M, Martins J, Peixoto M, Lopes R, Primo C. Reflexões teóricas e metodológicas para a construção de teorias de médio alcance de enfermagem. *Texto Contexto Enferm*. 2017;26(4):e1420017. doi: 10.1590/0104-07072017001420017
15. Zelber-Sagi S, Bord S, Dror-Lavi G, Smith ML, Towne Jr SD, Buch A, et al. Role of illness perception and self-efficacy in lifestyle modification among non-alcoholic fatty liver disease patients. *World J Gastroenterol*. 2017;23(10):1881-90. doi: 10.3748/wjg.v23.i10.1881
16. Meuleman Y, Hoekstra T, Dekker F, Van Der Boog P, Van Dijk S, Study. GE. Perceived sodium reduction barriers among patients with chronic kidney disease: which barriers are important and which patients experience barriers? *J Behav Medicine*. 2018;25(1):93-102. doi: 10.1007/s12529-017-9668-x
17. Bailey RA, Pfeifer M, Shillington AC, Harshaw Q, Funnell MM, Vanwingen J, et al. Effect of a patient decision aid (PDA) for type 2 diabetes on knowledge, decisional self-efficacy, and decisional conflict. *BMC Health Serv Res*. 2016;16(10):2-14. doi: 10.1186/s12913-016-1262-4
18. Storm V, Reinwand D, Wienert J, Kuhlmann T, De Vries H, Lippke S. Brief report: Compensatory health beliefs are negatively associated with intentions for regular fruit and vegetable consumption when self-efficacy is low. *J Health Psychol*. 2017;22(8):1094-100. doi: 10.1177/1359105315625358
19. Cafazzo JA, Leonard K, Easty AC, Rossos PG, Chan CT. Patient-perceived barriers to the adoption of nocturnal home hemodialysis. *Clin J Am Soc Nephrol*. 2009;4(4):784-9. doi: 10.2215/CJN.05501008
20. Schwartz L, Toohill J, Creedy Dk, Baird K, Gamble J, & Fenwick J. Factors associated with childbirth self-efficacy in Australian childbearing women. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2015;15(29):1-9. doi: 10.1186/s12884-015-0465-8
21. Sturrock BA, Xie J, Holloway EE, Hegel M, Casten M, Mellor D, Fenwick E, et al. Illness cognitions and coping self-efficacy in depression among persons with low vision. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2016;57(7):3032-8. doi: 10.1167/iovs.16-19110
22. Armbrust W, Lielieveld OHTM, Tuinstra J, Wulffraat NM, Bos GJFJ, Cappon J, et al. Fatigue in patients with juvenile idiopathic arthritis: relationship to perceived health, physical health, self-efficacy, and participation. *Pediatr Rheumatol O J*. 2016;14(65):1-9. doi: 10.1186/s12969-016-0125-1
23. Bay A, Sandberg C, Thilén U, Wadell K, Johansson B. Exercise self-efficacy in adults with congenital heart disease. *IJC Heart Vascul*. 2018;18:7-11. doi: 10.1016/j.ijcha.2017.12.002
24. Jamieson LM, Parker EJ, Roberts-Thomson KF, Lawrence HP, Broughton J. Self-efficacy and self-rated oral health among pregnant aboriginal Australian women. *BMC Oral Health*. 2014;14(29):1-7. doi: 10.1186/1472-6831-14-29
25. Brouwer S, Franche RL, Hogg-Johnson S, Lee H, Krause N, Shaw WS. Return-to-work self-efficacy: development and validation of a scale in claimants with musculoskeletal disorders. *J Occup Rehab*. 2011;21(2):244-58. doi: 10.1007/s10926-010-9262-4
26. Carballo NJ, Alessi CA, Martin JL, Mitchell MN, Hays RD, Col N, et al. Perceived effectiveness, self-efficacy, and social support for

- oral appliance therapy among older veterans with obstructive sleep apnea. *Clin Therap.* 2016;38(11):2407–15. doi: 10.1016/j.clinthera.2016.09.008
27. Yong HH, Siahpush M, Borland R, Li L, O'Connor Rj, Yang J, et al. Urban Chinese smokers from lower socioeconomic backgrounds face more barriers to quitting: results from the international tobacco control - China Survey. *Nicotine Tobacco Res.* 2013;15(6):1044–51. doi: 10.1093/ntr/nts234
 28. Cruz AC, Angelo M, Santos BP. Self-efficacy scale for the establishment of good relationships with families in neonatal and pediatric hospital settings. *Rev Esc Enferm USP.* 2017;51:e03222. doi: 10.1590/s1980-220x2016033803222
 29. Castro V, Benjet C, Juárez F, Jurado S, Lucio Gómez-Maqueo M, Valencia A. Non-suicidal self-injuries in a sample of Mexican university students. *Salud Mental.* 2017;40(5):191-200. doi: 10.17711/sm.0185-3325.2017.025
 30. Berg KM, Cooperman NA, Newville H, Arnsten JH. Self-efficacy and depression as mediators of the relationship between pain and antiretroviral adherence. *J Health AIDS Care.* 2009;21(2):244–8. doi: 10.1080/09540120802001697
 31. Mansyur C, Pavlik V, Hyman D, Taylor W, Goodrick G. Self-efficacy and barriers to multiple behavior change in low-income African Americans with hypertension. *J Behav Medicine.* 2013;36(1):75-85. doi: 10.1007/s10865-012-9403-7
 32. Clum, GA, Rice, JC, Broussard, M, Johnson, CC, & Webber, LS. Associations between depressive symptoms, self-efficacy, eating styles, exercise and body mass index in women. *J Behav Medicine.* 2014;37(4):577-86. doi: 10.1007/s10865-013-9526-5
 33. Gutiérrez R, Gómez AM. Agencia de autocuidado y autoeficacia percibida en personas con cardiopatías isquémicas. *Av Enferm.* 2018;36(2):161-9. doi: 10.15446/av.enferm.v36n2.65674
 34. Cho Y, Thrasher J, Yong H, Szklod A, O'Connor Bt, D H, et al. Path analysis of warning label effects on negative emotions and quit attempts: a longitudinal study of smokers in Australia, Canada, Mexico, and the US. *Soc Sci Medicine.* 2018;197:226-34. doi: 10.1016/j.socscimed.2017.10.003
 35. Umubyeyi A, Mogren I, Ntaganira J, Krantz G. Help-seeking behaviours, barriers to care and self-efficacy for seeking mental health care: a population-based study in Rwanda. *Soc Psychiatr Psychiatr Epidemiol.* 2016;51(1):81–92. doi: 10.1007/s00127-015-1130-2
 36. Gruber-Baldini AL, Velozo C, Romero S, Shulman LM. Validation of the PROMIS® measures of self-efficacy for managing chronic conditions. *Qual Life Res.* 2017;26(7):1915–24. doi: 10.1007/s11136-017-1527-3
 37. Náfrádi L, Nakamoto K, Schulz PJ. Is patient empowerment the key to promote adherence? A systematic review of the relationship between self-efficacy, health locus of control and medication adherence. *PLoS ONE.* 2017;12(10):e0186458. doi: 10.1371/journal.pone.0186458
 38. Jones DL, Owens MI, Lydston D, Tobin JN, Brondolo E, & Weiss SM. Self-efficacy and distress in women with AIDS: the SMART/EST Women's Project. *AIDS Care.* 2010;22(12):1499–508. doi: 10.1080/09540121.2010.484454
 39. Capilla RM. Habilidades cognitivas y aprendizaje significativo de la adición y sustracción de fracciones comunes. *Cuad Investigación Educ.* 2016;7(2):49-62. doi: 10.18861/cied.2016.7.2.2610
 40. Salvador CM, Morales J. Autoeficacia emprendedora en jóvenes mexicanos: ¿Cómo afecta la satisfacción vital y la inteligencia emocional percibida? *Interam J Psychol [Internet].* 2009 [cited 2018 Mar 16];43(2):268-78 Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rip/v43n2/v43n2a08.pdf>
 41. Silva MAd. Terapia Cognitiva-Comportamental: da teoria à prática. *Psico-USF.* 2014;19(1):167-8. doi: 10.1590/S1413-82712014000100016
 42. Fuentes Z, López S, Salazar M. Consideraciones de la respuesta fisiológica al estrés quirúrgico. *Rev Cubana Anestesiol Reanimación[Internet].* 2014 [cited 2018 Nov 19];13(2):136-46. <http://scielo.sld.cu/pdf/scar/v13n2/scar05214.pdf>
 43. McCauley E, Mullen SP, Szabo AN, White SM, Wójcicki TR, Mailey EL, et al. Self-regulatory processes and exercise adherence in older adults: executive function and self-efficacy effects. *Am J Prev.* 2011;41(3):284–90. doi: 10.1016/j.amepre.2011.04.014
 44. Ramírez P, Müggenburg C. Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. *Enferm Univ.* 2015;12(3):134-43. doi: 10.1016/j.reu.2015.07.004
 45. Piergiovanni LF, De Paula Pd. Estudio descriptivo de la autoeficacia y las estrategias de afrontamiento al estrés en estudiantes universitarios argentinos. *Rev Mex Invest Educ[Internet].* 2018[cited 2019 Feb 27];23(77):413-32. Available from: <http://www.scielo.org.mx/pdf/rmie/v23n77/1405-6666-rmie-23-77-413.pdf>
 46. Tapia PC, Iturra MV, Valdivia RY, Varela VH, Jorquera CM, Carmona GA. Estado de salud y autoeficacia en adultos mayores usuarios de atención primaria en salud. *Cienc Enferm.* 2017;23(3)35-45. doi: 10.4067/S0717-95532017000300035
 47. Sarkar U, Ali S, Whooley MA. Self-efficacy as a marker of cardiac function and predictor of heart failure hospitalization and mortality in patients with stable coronary heart disease: findings from the heart and soul study. *Health Psychol Am Psychol Assoc.* 2009;28(2):166–73. doi: 10.1037/a0013146