

Autoeficacia y Calidad de vida en adultos mayores que viven con Diabetes tipo 2

Itzayana Lozano-Reyes,¹ Hipólito Fabián Alejandro-Cuvas,² Noemí Magdalena García-González,³ Claudia Átala Trejo-García,⁴ Edith Araceli Cano-Estrada⁵

edith_cano@uaeh.edu.mx

RESUMEN

Introducción. La autoeficacia se define como la confianza en la propia capacidad para lograr ciertos resultados. La autoeficacia en los adultos mayores se ve mermada debido a los cambios que ocurren en esta etapa, afectando a la calidad de vida. La autoeficacia juega un papel importante en adultos mayores con diabetes tipo 2 para llevar un control adecuado de la enfermedad y tener una buena calidad de vida. **Objetivo.** Analizar la relación entre autoeficacia y calidad de vida en los adultos mayores que viven con Diabetes Mellitus tipo II. **Material y métodos.** El diseño de la investigación fue cuantitativo, transversal y correlacional. Se empleó una muestra no probabilística por cuotas, siguiendo los criterios de inclusión y de exclusión. Se trabajó con un total de 30 adultos mayores del municipio de Progreso de Obregon, Hidalgo. Se utilizó la Escala de Autoeficacia General de Baessler y Schwarzer y el cuestionario sobre calidad de vida 39. Se utilizó el programa estadístico SPSS para el análisis de datos. **Resultados.** El 60% de la muestra fue de sexo femenino y el promedio de edad fue de 77.83 años. Se obtuvo una correlación de Spearman significativa entre la autoeficacia y la calidad de vida ($r=0.347$, $p=0.050$). Además, se encontró una correlación significativa con la dimensión de energía y movilidad, así como una relación inversa significativa con la dimensión de carga social. **Conclusión.** La autoeficacia y la calidad de vida se correlacionan positivamente en adultos mayores que viven con diabetes mellitus tipo 2 del municipio de progreso de Obregón en el estado de Hidalgo.

Palabras claves: *autoeficacia, calidad de vida, adulto mayor, diabetes tipo 2.*

SUMMARY

Introduction. Self-efficacy is defined as confidence in one's own ability to achieve certain results. Self-efficacy in older adults is diminished due to the changes that occur at this stage, affecting the quality of life. Self-efficacy plays an important role in older adults with type 2 diabetes to have adequate control of the disease and have a good quality of life. **Objective.** To analyze the relationship between self-efficacy and quality of life in older adults living with type II Diabetes Mellitus. **Materials and methods.** The research design was quantitative, cross-sectional and correlational. A non-probabilistic sample by quotas was used, following the inclusion and exclusion criteria. We worked with a total of 30 older adults from Progreso de Obregon, Hidalgo. The Baessler and Schwarzer General Self-Efficacy Scale and the quality of life questionnaire 39 were used. The SPSS statistical program was used for data analysis. **Results.** 60% of the sample was female and the average age was 77.83 years. A significant Spearman correlation was obtained between self-efficacy and quality of life ($r = 0.347$, $p = 0.050$). In addition, a significant correlation was found with the energy and mobility dimension, as well as a significant inverse relationship with the social burden dimension. **Conclusion.** Self-efficacy and quality of life are positively correlated in older adults living with type 2 diabetes Progreso de Obregon in Hidalgo state.

Keywords: *self-efficacy, quality of life, older adult, type 2 diabetes.*

⁽¹⁾ Licenciado en enfermería. Universidad Autónoma del estado de Hidalgo, Escuela Superior de Tlahuelilpan. Tlahuelilpan, Hidalgo, México.

⁽²⁾ Licenciado en enfermería. Universidad Autónoma del estado de Hidalgo, Escuela Superior de Tlahuelilpan. Tlahuelilpan, Hidalgo, México.

⁽³⁾ Licenciado en enfermería. Universidad Autónoma del estado de Hidalgo, Escuela Superior de Tlahuelilpan. Tlahuelilpan, Hidalgo, México.

⁽⁴⁾ Maestro en Ciencias de Enfermería. Universidad Autónoma del estado de Hidalgo, Escuela Superior de Tlahuelilpan. Tlahuelilpan, Hidalgo, México.

⁽⁵⁾ Doctor en Ciencias. Universidad Autónoma del estado de Hidalgo, Escuela Superior de Tlahuelilpan. Tlahuelilpan, Hidalgo, México.

INTRODUCCIÓN

La Diabetes Tipo 2 se considera un problema de salud pública a nivel mundial, debido a las altas tasas de mortalidad y prevalencia en adultos. Según el Atlas de la Organización Internacional de Diabetes, en el año 2019 se reportaron 463 millones de personas que viven con diabetes tipo 2 en el mundo, para el año 2030 se estima que sean 578 millones de personas y para el año 2045 se calculan 700 millones de personas, lo que representa un aumento del 51%. Además, se estima que más de 4 millones de personas murieron por causa relacionadas a la diabetes tipo 2 en 2019.¹

En América del Norte y Centroamérica hubo 48 millones de personas con diabetes en el año 2019 y se calcula que para el año 2030 sean 56 millones de personas, mientras que para el año 2045 se estiman 63 millones, lo que representa un aumento del 33%.¹

Se estima que 136 millones de personas mayores de 65 años tienen diabetes, y la prevalencia de diabetes en este grupo de edad varía significativamente entre las regiones del mundo.¹

En México, para el año 2018, de acuerdo a la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición, se reportaron 82 767 605 de personas de 20 años y más con diabetes tipo 2. En cuanto al género, la prevalencia es de 13.22% para las mujeres de 20 años y más y para los hombres de 20 años y más fue de 7.75%.² De acuerdo con los datos de mortalidad en el año 2020 se reportaron 1 086 743 fallecimientos, de los cuales el 14% corresponden a muertes relacionadas a la diabetes tipo 2.³

México cuenta con una gran población de adultos mayores que sufre alguna enfermedad de tipo crónica. Una de las enfermedades crónicas más comunes es la diabetes tipo 2.

El 25.8% de la población de 60 a 69 años cuenta con un diagnóstico previo de diabetes tipo 2 que representan 2.3 millones de personas. En este grupo de edad, la prevalencia más alta la ocupan mujeres con el 35.6%. En el grupo de edad 70 años y más son los hombres quienes tienen la prevalencia más alta, con el 18.4% de casos.²

Además de las enfermedades crónicas, los adultos mayores sufren problemas de naturaleza física y mental debido a los cambios que sufren en esta etapa de la vida, así como también su condición social y económica se ve comprometida, lo que implica una considerable demanda de servicios de salud y aumento en el costo de la atención sobre todo cuando se trata de disminuir o prevenir incapacidades o limitaciones.⁵

La autoeficacia es un constructo introducido por Bandura en 1977 como parte de la teoría Social Cognitiva.⁶ La autoeficacia puede ser entendida como un sistema de creencias construidas por el sujeto a partir de sus creencias personales, que condicionan y predicen la organización y ejecución de respuestas motivacionales, cognitivas y afectivas vinculadas

con la capacidad de desempeño de determinadas acciones humanas.⁷ Actualmente, la autoeficacia se define como una competencia personal amplia y estable sobre qué tan efectiva puede ser la conducta de una persona para afrontar una variedad de situaciones potencialmente estresantes.⁸

La autoeficacia es un área importante para el bienestar y la calidad de vida de las personas, es decir, la valoración que hace cada individuo de sus capacidades para desarrollar exitosamente una conducta específica dependerá de las expectativas que tenga de sus propias habilidades y aptitudes; además de la evaluación de la dificultad de la tarea.⁹ En este sentido, durante el envejecimiento puede verse afectada la autoeficacia debido a los cambios que se involucran durante esta etapa de la vida; por lo que el adulto mayor debe de revalorar su autoeficacia en aquellas acciones que han sufrido modificaciones biológicas, psicológicas o sociales.

Se han realizado diversos estudios en las áreas de prevención y promoción a la salud encontrando que, altos niveles de autoeficacia se pueden relacionar con efectos positivos para la salud y el bienestar de las personas.^{10,11,12,13} Otros estudios relacionados con enfermedades crónicas hacen mención que la autoeficacia juega un papel primordial en la adherencia terapéutica, así como en el afrontamiento de algunas condiciones clínicas crónicas, presentando un mejor pronóstico de recuperación.^{14,15,16}

La autoeficacia generalmente se ve afectada en los adultos mayores debido a la pérdida de autonomía, lo cual influye de manera negativa a su calidad de vida. Se ha observado que niveles más robustos de autoeficacia se encuentran en individuos entre 25 y 65 años de edad debido a que en este período se tienen niveles más altos de actividad. Por el contrario, después de los 65 años, las personas reducen sus actividades gradualmente y se vuelven más vulnerables a la influencia de sentimientos que se traducen en una baja autoeficacia, comprometiendo su bienestar psicológico.¹⁷ Gran proporción de adultos mayores de más de 65 años tienen problemas de baja autoeficacia, depresión, baja calidad de vida y bienestar comprometido.

La diabetes tipo 2 puede ser una limitante en la autoeficacia y por ende en la calidad de vida. El poder ser autoeficiente es fundamental para poder realizar las actividades, el cuidado de la higiene, las actividades cotidianas y el control de enfermedades. El presente trabajo tiene como objetivo evaluar la relación entre la autoeficacia y la calidad de vida de los adultos mayores que viven con diabetes tipo 2 en el municipio de Progreso de Obregón en el Estado de Hidalgo, además se pretende conocer los niveles tanto de calidad de vida como de autoeficacia que presentan los adultos mayores con diabetes tipo 2 para que en futuras investigaciones se puedan hacer intervenciones donde se involucren estas variables y así mejorar su condición y por ende la salud de

los adultos mayores

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio cuantitativo, transversal con un alcance descriptivo y correlacional. El muestreo fue por cuotas, siguiendo los criterios de inclusión, los cuales fueron: 1) Adultos mayores de 60 años y más. 2) Adultos mayores que viven con diabetes tipo 2. 3) Adultos mayores que tuvieran 5 años o más viviendo con la enfermedad. 4) Adultos mayores con diambulación independiente. Por otra parte, para el propósito de esta investigación se aplicaron los siguientes criterios de exclusión: 1) Adultos mayores que padecieran alguna otra enfermedad crónica. 2) Adultos mayores con discapacidad visual o auditiva 3) Adultos mayores diagnosticados con algún tipo de demencia.

La muestra estuvo conformada de 30 adultos mayores de la comunidad de Progreso de Obregon en Hidalgo que aceptaron participar en el presente trabajo. El periodo en que se realizó la investigación fue septiembre 2020 a febrero 2021 y dadas las condiciones de pandemia en ese periodo, la participación fue reducida.

Los instrumentos utilizados para medir las variables fueron la escala de autoeficacia general de Baessler y Schwarzer, la cual hace referencia al sentimiento de confianza en las capacidades propias para manejar las actividades diarias. Dicha escala cuenta con 10 ítems con formatos de respuesta tipo Likert de 4 rangos; 1= incorrecto, 2= apenas cierto, 3= más bien cierto, 4= cierto. El valor máximo a obtener es de 40 puntos y el puntaje mínimo es de 10 puntos. A mayor puntaje, mayor será la autoeficacia percibida. Su confiabilidad es de 0.89 en la escala de alfa de Cronbach.¹⁸

El instrumento de calidad de vida Diabetes 39, mide la calidad de vida que presentan las personas que viven con diabetes tipo 2, cuenta con una confiabilidad de 0.95 en la escala de alfa de Crombach. Este instrumento consta de 39 ítems agrupados en 5 secciones: Energía-Movilidad, Control de la Diabetes, Ansiedad-Preocupación, Carga Social y Funcionamiento Sexual. Es una escala de tipo análoga visual modificada, cuya escala de valores es el número 1 para nada afectado y el 7 para sumamente afectado en la calidad de vida. La puntuación general obtenida, así como la de cada dimensión se convierte a una escala del 0 a 100 con expresiones matemáticas establecidas.¹⁹

Para el desarrollo de este estudio se tuvieron en cuenta lineamientos nacionales e internacionales, para la investigación con seres humanos, apoyándonos de la Ley General de Salud de México²⁰ y la declaración de Helsinki.²¹ Se obtuvo la aprobación del comité de investigación de la Escuela Superior de Tlahuelilpan perteneciente a la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado donde

se les explicó el propósito de la investigación.

Se realizó el registro de los datos recabados utilizando el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 22 para Windows. Se realizó el análisis de frecuencias y porcentajes para describir las características de la muestra, así como la obtención de la media, la desviación estándar, el máximo y el mínimo para analizar los puntajes de autoeficacia, calidad de vida y sus respectivas dimensiones. Se realizó la correlación de Spearman para el análisis correlacional entre las variables de estudio (autoeficacia percibida, calidad de vida, calidad de vida referida por el paciente y severidad de la enfermedad), así como para obtener la correlación entre la autoeficacia y las respectivas dimensiones de la escala de calidad de vida. Se utilizó la prueba estadística de U de Mann-Whitney para analizar diferencias entre hombres y mujeres con respecto a la autoeficacia y calidad de vida, así como la prueba estadística de Kruskal-Wallis para analizar las diferencias entre las variables de estudio y la escolaridad de los participantes.

RESULTADOS

El 60% (n=18) de la muestra estuvo constituido por mujeres. El promedio de edad de los participantes fue de 77.83 ± 6.20 , donde el rango de edad que más predominó fue de 76-80 años con un 33.3% (n=10). En cuanto a la escolaridad de los participantes, el 3.3% (n=1) tiene el nivel bachillerato, mientras que el 40% (n=12) de la muestra tuvo primaria completa como su máximo nivel de estudios. No se encontraron diferencias significativas en el nivel de calidad de vida ni en la autoeficacia percibida entre hombres y mujeres, tampoco respecto a la escolaridad, ni respecto a la edad de los participantes (Tabla 1). Es decir, las variables sociodemográficas del estudio no influyen en los niveles de las variables de estudio.

El promedio del puntaje de la variable autoeficacia fue de 27.36 ± 8.16 . En general, los adultos mayores de la comunidad de Progreso de Obregon en el estado de Hidalgo que viven con diabetes tipo 2, no presentan una buena autoeficacia, pero tampoco se observa una autoeficacia deficiente, es decir, su nivel de autoeficacia se encuentra en un nivel medio.

En cuanto a la calidad de vida que presentan los adultos mayores, medida con el instrumento, se encontró afectada. La media del puntaje de la variable calidad de vida fue de 28.53 ± 19.78 . Sin embargo, en la calidad de vida percibida por cada persona se observó una mayor afectación; es decir, las personas se visualizan con una calidad de vida menor, la cual tuvo una correlación significativa alta ($p < 0.001$) con la percepción de cada persona respecto a la severidad de su enfermedad (Tabla 2). Por otra parte, la autoeficacia tuvo una correlación significativa ($p < 0.05$) con el nivel de calidad

de vida, resultado del instrumento, y con la calidad de vida referida por la persona. (Tabla 3).

Entre las dimensiones del instrumento de calidad de vida que presentaron una mayor afectación se encuentran el funcionamiento sexual, seguido de la energía y movilidad,

así como la ansiedad y preocupación (tabla2). Además, se encontró una correlación positiva significativa ($p<0.05$) entre la autoeficacia y la dimensión de energía y movilidad, así como una correlación negativa significativa ($p<0.05$) entre la autoeficacia y la dimensión de carga social (Tabla 4).

Tabla 1. Características de las variables sociodemográficas y la comparación entre grupos de la autoeficacia y calidad de vida.

Variables	f	%	Autoeficacia (p)	Calidad de vida (p)
Genero				
Femenino	18	60	0.78	0.93
Masculino	12	40		
Escolaridad				
Sin escolaridad	2	6.7	0.22	0.37
Primaria incompleta	9	30		
Primaria completa	12	40		
Secundaria incompleta	5	16.7		
Secundaria completa	1	3.3		
Bachillerato	1	3.3		

Tabla 2. Puntajes de las variables de estudio

Variable	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Edad	77.83	6.20	65	90
Autoeficacia	27.36	8.16	16	39
Calidad de vida	28.53	19.78	5.98	82.48
Calidad de vida referido por el paciente	61.11	24.88	0	100
Severidad de la enfermedad referida por el paciente	41.11	22.20	0	83
Energía y movilidad	30.81	23.84	1.11	82.22
Control de diabetes	26.94	19.50	1.39	75
Ansiedad y preocupación	30.41	24.78	0	91.67
Carga social	20.77	24.11	0	90
Funcionamiento sexual	33.88	29.87	0	100

Tabla 3. Correlación entre las variables de estudio

	Autoeficacia	Calidad de vida	Calidad de vida referida por el paciente	Severidad de la enfermedad referida por el paciente
Autoeficacia	1.00	0.347*	0.322*	-0.162
Calidad de vida	0.347	1.00	0.665*	-0.421*
Calidad de vida referida por el paciente	0.322*	0.665*	1.00	-0.728**
Severidad de la enfermedad referida por el paciente	-0.162	-0.421*	-0.728**	1.00

* $p < 0.05$, ** $p < 0.001$

Tabla 4. Correlación entre la autoeficacia y las dimensiones que componen a la calidad de Vida.

	Energía y movilidad	Control de diabetes	Ansiedad y preocupación	Carga social	Funcionamiento sexual
Autoeficacia	0.349*	0.317	-0.266	-0.439*	0.148

* $p < 0.05$

DISCUSIÓN

La autoeficacia es un aspecto clave para que una persona se pueda desarrollar plenamente. Ésta se encuentra relacionada con el autoconcepto y por el medio en que se desarrolla cada individuo. Gozar de una autoeficacia elevada contribuye a un buen estado de salud y a tener una mejor calidad de vida. Se han realizado estudios donde se aborda este constructo en pacientes con enfermedades crónicas y su relación con la calidad de vida. Un estudio en adolescentes que padecen diabetes tipo 2, insuficiencia renal y fibrosis quística, muestra una relación significativa entre la autoeficacia y la calidad de vida, donde además se observa una relación con la variable de apoyo social.²² Por otra parte, se ha mostrado una relación moderada entre la autoeficacia y la calidad de vida relacionada con la salud de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.²³

En lo que respecta a los adultos mayores, se ha demostrado que la autoeficacia también se encuentra relacionada positivamente con su estado de salud. Se ha reportado una influencia positiva entre la variable autoeficacia y las variables psicosociales como temor a caerse, nutrición, depresión, autopercepción en salud y calidad de vida, las cuales son esenciales para el bienestar del adulto mayor.²⁴

En el presente estudio se mostró que la autoeficacia tiene una relación moderada con la calidad de vida en adultos mayores que viven con diabetes tipo 2 y que además tiene un efecto positivo con la energía y la movilidad, mientras que el efecto con la carga social que presentan estos pacientes fue inverso, es decir, a mayor carga social menor será la eficacia. Cabe señalar que la muestra del estudio fue pequeña y esto representa una limitante en el estudio, ya que se realizó en un sólo municipio donde la participación voluntaria del adulto mayor fue pobre. Sin embargo, los resultados del trabajo concuerdan con otro estudio realizado en adultos mayores con diabetes tipo 2 donde se encontró una relación de la autoeficacia con la energía y movilidad, control de diabetes y carga social.¹⁴ Por otra parte, se ha observado que aquellas personas que viven con diabetes que llevan un control glucémico pobre tienen una baja autoeficacia.¹⁵ Relaciones positivas entre la autoeficacia y la calidad de vida se han observado en diversos estudios donde se destaca que los adultos mayores que presentan una mayor confianza en sus propias capacidades tienen una mayor calidad de vida, contrario a las personas que tienen un bajo nivel de autoeficacia.²⁵

Durante la etapa del envejecimiento es común que la depresión y la soledad puedan afectar al adulto mayor por los

cambios físicos y psicológicos. Por tanto, se han realizado diferentes estudios cuyo objetivo es realizar intervenciones para desarrollar una autoeficacia alta en personas mayores y/o personas con una enfermedad crónica, con la finalidad de aumentar su bienestar y su calidad de vida.^{26, 27} Por otra parte, la calidad de vida es un constructo complejo donde se involucran diferentes factores que se deben de investigar. Es un hecho que los profesionales de la salud deben de involucrarse de manera directa en estos temas para mejorar la atención y crear pacientes con una mayor creencia en sus habilidades, tomando en cuenta aspectos como el ambiente en el que se desarrollan y el apoyo social con el que cuentan.

CONCLUSIÓN

La autoeficacia se relaciona positivamente con la calidad de vida de los adultos mayores con diabetes tipo 2 del municipio de Progreso de Obregón en el estado de Hidalgo. La energía y movilidad es una dimensión de la calidad de vida que se relacionó positivamente con la autoeficacia de los adultos mayores. Por otra parte, la carga social es una dimensión de la calidad de vida que presentó un efecto inverso con la autoeficacia. Sin embargo, se recomienda ampliar la muestra de adultos mayores para tener una muestra representativa de la población en general de los adultos mayores con diabetes tipo 2 y poder tener conclusiones generalizadas. Además, se recomienda indagar sobre otros factores que se relacionen con la calidad de vida de los adultos mayores con diabetes tipo 2.

REFERENCIAS

1. International Diabetes Federation IDF diabetes Atlas, 10th edn. Brussels, Belgium: 2021. Disponible en: <https://www.diabetesatlas>.
2. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2021). Estadísticas a propósito del día internacional de la diabetes. 12 de noviembre 2021. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2021/EAP_Diabetes2021.pdf
3. Instituto Nacional de Estadística y Geografía (2021). Características de las defunciones registradas en México durante 2020. https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/boletines/2021/EstSociodemo/DefuncionesRegistradas2020_Pre_07.pdf
4. Meza R, Barrientos-Gutierrez T, Rojas-Martínez R, Reynoso-Noverón N, Palacio-mejía L.S, Lazcano-Ponce E, Hernández-Ávila M. Burden of type 2 diabetes in Mexico: Past, current and future prevalence and incidence rates. *Prev Med.* 2015; 81:445-450. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2015;10.015>
5. Moreno-Altamirano N, García-García J.J, Soto-Estrada G, Capraro S, Limón-Cruz D. Epidemiología y determinantes sociales asociados a la obesidad y la diabetes tipo 2 en México. *Revista Médica del Hospital General de México.* 2014; 77(3):114-123.
6. Bandura. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review.* 1977; 84(1977):122-157
7. Tejeda A. Agendación humana en la teoría cognitivo social: definición y posibilidades de aplicación. *Pensamiento Psicológico.* 2005; 1(5):117-123.
8. Pereyra-Girardi C.I, Ronchieri Pardo, C. de V, Rivas A, Trueba D.A, Mur J.A, Páez-Varga N. Autoeficacia: Una revisión aplicada a diversas áreas de la psicología. *Ajayu órgano de Difusión Científica del departamento de Psicología UCBS.* 2018; 16(2):299-325
9. Acuña-Gurrola M del R, González-Celis-Rangel A. L. Autoeficacia y red de apoyo social en adultos mayores. *Journal of Behavior, Health & Social.* 2010; 2(2):71-81.
10. Reyes-Jarquín K, Hernández-Pozo M. de R. Análisis críticos de los estudios que exploran la autoeficacia y bienestar vinculados al comportamiento saludable. *Journal of Behavior, Health & Social Issues.* 2011; 3(2):5-24.
11. Sánchez J.C. Efectos de la presentación del mensaje para realizar conductas saludables: el papel de la autoeficacia y la motivación cognitiva. *Int. J Clin Health Psychol.* 2006; 6(3):613-630.
12. Álvarez-Ramírez L.Y, Ibarra L, García-Espitia E. Eficacia de un programa para la promoción del bienestar a partir de las dimensiones del esquema de sí mismo en un grupo de adultos mayores de la ciudad de Bucaramanga. *Psychol. Av. Discip.* 2011; 5(1):73-79.
13. Guerrero-Alcedo J.M, Requena Bastidas N. Y, Torrealba Torres M.E. Bienestar Psicológico, autoeficacia, estilo de humor y su relación con la salud. *Revista electrónica medicina, salud y Sociedad.* 2016, 6(2):122-138.
14. Guerrero Alcedo Jesús Manuel, Parra Soteldo Liankys Rosmill, Mendoza Oropeza José Carlos. Autoeficacia y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 sometidos a hemodiálisis. *Rev Cubana Salud Pública* 2016; 42(2): 193-203.
15. D'Sauza M.S., Karkada SN., Parahoo K., Venkatesaperumal R., Achora S., Cayaban ARR. Self-efficacy and self-care behaviours among adults with type 2 diabetes. *Appl Nurs Res.* 2017; 36:25-32.
16. Jackson T., Wang Y, Wang Y, Fan H. Self-efficacy and chronic pain outcomes: a meta-analytic review. *J pain.* 2014; 15(8):800-814.
17. Mas C.A. & Desiderio R.V. Autoestima y Autoeficacia de los chilenos. *Ciencia y trabajo.* 2009; 11(32): 111-116.
18. Padilla J.L., Acosta B., Guevara M., Gómez J., González A. Propiedades psicométricas de la versión española de la escala de autoeficacia general aplicada en México y España.

Revista Mexicana de Psicología. 2006; 23(2):245-252.

19. Ley General de Salud. [Internet] México; 2018 [fecha de consulta 15 de diciembre de 2020]. Disponible en: http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/142_240120.pdf

20. Asociación Médica Mundial. [internet] Declaración de Helsinki de la AMM – Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2017 [consultado 15 de diciembre de 2020]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>.

21. López-carmona J.M, Rodríguez-Moctezuma R. Adaptación y validación del instrumento de calidad de vida Diabetes 39 en pacientes mexicanos con diabetes mellitus tipo 2. *Salud Publica Mex.* 2006;48:200-211.

22. Avendaño-Monje M.J., Barra-Almagiá E. Autoeficacia, Apoyo social y Calidad de vida en adolescentes con enfermedades crónicas. *Terapia Psicológica.* 2008; 26(2):165-172.

23. Selzler A.M., Habash R., Robson L., Lentron E., Goldstein R., Brooks D. Self-efficacy and health-related quality of life in chronic obstructive pulmonary disease: A meta-analysis. *Patient Educ Couns.* 2020; 103(4):682-692.

24. Tapia C., Iturra V., Valdivia Y., Varela H., Jorquera M., Carmona A. estado de salud y autoeficacia en adultos mayores usuarios de atención primaria en salud. 2017; XXIII(3):35-45.

25. González-Celis Rangel A.L., Lima-Ortiz L. Autoeficacia, percepción de salud y soledad sobre la calidad de vida en adultos mayores. *Ciencias de la salud, Biológicas y Químicas.* 2017

26. Toledano-González A., Labajos-Manzanares T., Romero-Ayuso D. Well-being, Self-efficacy and independence in older adults: A randomized trial of occupational therapy. *Archives of Gerontology and Geriatrics.* 2019; 83:277-298.

27. Holloway A., Watson HE. Role of self-efficacy and behaviour change. *International Journal of Nursing Practice.* 2002; 8:106-115.