

Autoeficacia en el Cuidado de la Alimentación y Salud Física en Estudiantes de Educación Media Superior: Propiedades Psicométricas

Self-efficacy in Nutrition and Physical Health Care Among High School Students: Psychometric Properties

Nayalis Nápoles Neyra¹, José René Blanco Ornelas², Susana Ivonne Aguirre Vásquez², Carlos Javier Ortiz Rodríguez² y Perla Jannet Jurado-García²

Autor de correspondencia: Perla Jannet Jurado-García, pjurado@uach.mx

¹Colegio Universitario de Yahuallica. ²Universidad Autónoma de Chihuahua, México.

Cómo citar:

Nápoles Neyra, N., Blanco Ornelas, J. R., Aguirre Vásquez, S. I., Ortiz Rodríguez, C. J., & Jurado-García, P. J. (2025). Autoeficacia en el cuidado de la alimentación y salud física en estudiantes de educación media superior: propiedades psicométricas. *Revista De Ciencias Del Ejercicio FOD*, 20(2), 36–48.

DOI: 10.29105/rce-fod.v20i2.144

Julio-Diciembre-144

Link para acceder al artículo:

<https://doi.org/10.29105/rcefod.v20i2.144>



Este artículo es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos y condiciones de Creative Commons Licencia de atribución (CC BY-NC) (Creative Commons Atribución-No-Comercial 4.0)

Resumen

La autoeficacia se conceptualiza como la percepción que tiene una persona sobre su capacidad para enfrentar eficazmente diversas situaciones. El propósito de la presente investigación fue analizar las propiedades psicométricas de la Escala de Autoeficacia en el Cuidado de la Alimentación y la Salud Física, en una muestra de 468 estudiantes de nivel medio superior, de los cuales 270 fueron mujeres y 198 hombres. Los resultados del análisis factorial confirmatorio, correspondiente al segundo modelo evaluado, el cual excluyó los ítems que presentaron cargas factoriales inadecuadas o índices de modificación elevados en el modelo original, evidenciaron un ajuste superior y óptimo en comparación con el modelo inicial. Este modelo factorial, conformado por cinco dimensiones, explicó de forma conjunta aproximadamente el 75% de la varianza total. Se observó que dos de los 18 ítems (ítems 11 y 22) presentaron saturaciones factoriales inferiores a .70 en su dimensión teóricamente asignada. Además, las intercorrelaciones entre los cinco factores fueron bajas a moderadas, lo cual respalda la validez discriminante entre las dimensiones. Finalmente, los coeficientes alfa y omega obtenidos para cada uno de los factores del modelo optimizado indicaron niveles adecuados de consistencia interna especialmente considerando el número reducido de ítems por subescala.

Palabras Clave: autoeficacia, adolescentes, diseño instrumental, autocuidado.

Abstract

Self-efficacy refers to an individual's perceived ability to effectively manage various situations.

This study aimed to evaluate the psychometric properties of the Eating and Physical Health Care Self-Efficacy Scale. The sample consisted of 468 high school students (270 women, 198 men) from Mexico. Confirmatory factor analysis of the second tested model, which retained the factor structure of the original model but excluded items with inadequate factor loadings or modification indices, demonstrated superior fit compared to the initial model, with optimal goodness-of-fit indices. The five factors in this model collectively accounted for approximately 75% of the variance. Results indicate that two of the 18 items (items 11 and 22) had factor loadings below .70 in their expected dimensions. Additionally, low to moderate intercorrelations among the five factors supported adequate discriminant validity. All subscales derived from the best-fitting model exhibited alpha and omega values indicating sufficient internal consistency, particularly given the small number of the items per factor.

Keywords: self-efficacy, teenager, instrument design, self-care,

Introducción

De acuerdo con Bandura (1977) la autoeficacia hace referencia a la capacidad del individuo para influir en sus propias acciones mediante procesos de autorreflexión, así como a través del uso deliberado de sus habilidades y destrezas, con el fin de ejecutar conductas específicas de manera efectiva. Para una mejor comprensión de su estudio, se debe tener en cuenta la interrelación de varios elementos: personal-conducta-ambiente, triada a la cual, los conocimientos, emociones e influencias ambientales, junto al comportamiento maniobran de forma interactiva (Gutierrez Barreiro, 2016).

La autoeficacia es proverbialmente concebida a una tarea específica. Sin embargo, algunos autores la han definido como un sentido amplio y estable de competencia personal, referido a la percepción de cuán efectiva puede ser la persona al afrontar diversas situaciones (Olivari Medina & Urra Medina, 2007). De igual forma, se ha conceptualizado como el juicio que cada persona tiene sobre sus capacidades para enfrentar o ejecutar acciones que les permita obtener un resultado (Moreno Cañizares & Bueno Álvarez, 2019).

La autoeficacia se refiere a la creencia en la que una persona comprende sus capacidades para resolver ciertos problemas, realizar una tarea determinada o alcanzar una meta (Minarni et al., 2023); es un concepto psicológico que alude a la confianza que una persona tiene en su habilidad para alcanzar sus objetivos y propósitos (Ramírez Enríquez et al., 2024).

De acuerdo a la teoría social cognitiva, el comportamiento humano está regulado por el nivel racional es decir, el pensamiento incluyendo tres tipos de expectativas: expectativas de situación, donde los eventos

ambientales son el resultado negativo muy independiente de la acción personal; expectativa de resultado, describe a la creencia que una conducta causará algún resultado; expectativas de autoeficacia o autoeficacia percibida, plantea sobre la capacidad que tiene la persona de creer que pueda desempeñar acciones que le proporcione lograr resultados deseados (Bandura, 1995).

En las personas influyen creencias, concepciones, habilidades, destrezas sobre las actividades prácticas que desarrollan en su entorno de forma cotidiana donde se desenvuelven; estos son índices de comportamiento humano que se destacan en el estudio de la interiorización que ocurre en un individuo como parte del proceso cognitivo, elementos que sirven como base para el surgimiento de la Teoría Social Cognitiva (Velázquez Fernández, 2011).

La teoría social cognitiva propone como principales ideas, las intervenciones que modifican el ambiente para transformar la conducta e intervenciones cognitivas hacia el sujeto (Chuya Yungaicela, 2015). Este comportamiento se puede identificar como un estado psicológico en el cual el individuo es capaz de determinar su habilidad establecida por su conducta, entre otras, según la situación con un nivel de conflicto predicho (Bardales et al., 2006). Bandura (1997) define la autoeficacia como las evaluaciones que las personas hacen sobre su habilidad para lograr ciertos niveles de desempeño.

En ese sentido, la teoría social cognitiva expone la medida de cómo el individuo obtiene y sostiene comportamientos con hábitos de salud adecuados, a través de un conocimiento previo que tenga la persona y con eso aumentar o reducir el grado de eficacia con que cuente sobre las conductas saludables adquiridas (Aguilar Palacios et al., 2017).

así pues, la experiencia previa influye en las creencias de autoeficacia (Murrieta Loyo & Reyes Cruz, 2019). Cabe señalar que dicha medida no se entiende como un indicador objetivo de rendimiento, sino como una evaluación subjetiva de la propia capacidad, la cual orienta y predice en qué medida las conductas apoyan la consecución de resultados deseados.

La autoeficacia ha sido estudiada en diversos ámbitos que van desde áreas específicas como los conocimientos escolares (Williams, 2010), las percepciones de enfermedades (Cruz 2018; Vallejo Pareja et al., 2009), las vocaciones profesionales (Cupani & Pérez, 2006; Ramírez Dorantes & Canto y Rodríguez, 2007; Fernández Lara, 2017; Merino et al., 2004), capacidades físicas (Maddux et al., 1995; Viveros & Ortega Herrera, 2011); hasta aproximaciones más generales o globales (Blanco Blanco, 2010; Limonero et al., 2010).

En cuanto a su influencia en la adaptación personal y social, se ha observado que las personas con altos niveles de autoeficacia logran ajustarse de manera adecuada en los ámbitos biológico, psicológico y social en su vida cotidiana (Carrasco Ortiz & del Barrio Gándara, 2002; Chacón Corzo, 2006), así como en sus relaciones interpersonales (Araque et al., 2001; Fernández Lara, 2017). En el ámbito educativo, estudios realizados con estudiantes de bachillerato y universitarios muestran que factores como el acceso a la educación superior, la apertura a la experiencia, el bienestar, la satisfacción profesional, la amabilidad, el requerimiento paterno, la edad y el género constituyen predictores significativos de autoeficacia (Blanco Ornelas, 2010; Blanco Ornelas et al., 2016; Guedea Delgado et al., 2017; Palacios Delgado, 2015; Teixeira & Costa, 2018).

Por otro lado, la autoeficacia se ha vinculado estrechamente con la adopción de conductas saludables en adolescentes y jóvenes. La evidencia indica que niveles elevados de depresión y ansiedad se asocian con menor

autoeficacia (Silva et al., 2019), así como con una baja autoestima (Pérez Fuentes et al., 2018). Asimismo, se ha documentado que este constructo constituye un elemento central en la transformación de hábitos de vida saludables, manteniendo una correlación positiva con dichas conductas (Curi, 2024; Góngora Hoil & de Lille Quintal, 2024; Orcasita et al., 2018). En este sentido, las personas con mayor autoeficacia tienden a ser físicamente más activas, lo cual repercute en la mejora de su salud (Fraile García et al., 2019). De igual manera, se ha identificado una relación positiva entre la autoeficacia y el rendimiento académico (Olivos Romero, 2018).

En el contexto mexicano, la investigación también ha aportado hallazgos relevantes. Por ejemplo, en estudios con adolescentes deportistas y no deportistas, se observó que los primeros presentaron mayor autoeficacia percibida y deseada (Varela Baltier et al., 2025). De igual forma, se ha encontrado que la autoeficacia se asocia con conductas saludables y con el agrado por asistir a la escuela (Estrada et al., 2017).

Como se ha señalado previamente, la práctica de ejercicio físico, el cuidado de la alimentación y el afrontamiento de los problemas se relacionan con la autoeficacia, la cual, además, predice la satisfacción con la vida (Afolabi & Balogun, 2017; Blanco Ornelas et al., 2019). En este sentido, resulta relevante estudiar diversos indicadores que actúen como mediadores (Hecimovich et al., 2014) con el fin de explicar el papel de la autoeficacia en los diferentes ámbitos de la vida de los adolescentes.

Aunque la autoeficacia se ha estudiado en múltiples ámbitos, no todos los instrumentos disponibles han sido adaptados ni validados para población adolescente, y mucho menos en contextos específicos como la alimentación y el cuidado de la salud. La adolescencia es una etapa crítica en la que se consolidan conductas protectoras o de

riesgo; por ello, contar con un instrumento válido y confiable resulta fundamental para identificar factores que favorezcan el desarrollo de hábitos saludables y detectar posibles vulnerabilidades.

En este sentido, la Escala de Autoeficacia en el Cuidado de la Alimentación y Salud Física (ACASF) de Ornelas et al. (2011) ha mostrado propiedades psicométricas adecuadas en otras poblaciones, sin embargo, hasta ahora no se ha evaluado su pertenencia en adolescentes mexicanos. Considerando que los determinantes culturales, sociales y educativos influyen en la autoeficacia y en la adopción de estilos de vida saludables, resulta indispensable validar este instrumento en el contexto nacional. De esta manera, se aporta evidencia empírica que no sólo respalda el uso de la ACASF en adolescentes, sino que también amplía las posibilidades de intervención en el ámbito de la salud escolar y comunitaria.

Bajo este marco, el objetivo del presente estudio fue evaluar las propiedades psicométricas de la Escala de Autoeficacia en el Cuidado de la Alimentación y la Salud Física (ACASF) en población adolescente mexicana.

Método

Diseño

Se empleó un diseño de tipo instrumental, ya que se centró en aportar evidencias sobre las propiedades psicométricas de un instrumento en relación a su validez, confiabilidad y estructura interna.

Participantes

El muestreo fue no probabilístico por conveniencia, la muestra estuvo conformada por 468 sujetos de nivel medio superior de México, de los cuales 270 (51.69%) eran mujeres y 198 (42.30%) hombres. La edad de los participantes osciló entre los 14 y 19 años, ($M = 16.25$; $DE = 1.03$).

Instrumento

La Escala de Autoeficacia en el Cuidado de la Alimentación y Salud Física (ACASF) de Ornelas et al. (2011) es un cuestionario de 28 ítems relacionados con conductas de cuidado de la salud; agrupados en cinco factores: 1. Cuidado de la alimentación, con seis ítems; 2. Ejercicio físico, con seis ítems; 3. Evitación del consumo de tabaco, con cinco ítems; 4. Evitación del consumo de alcohol, con cinco ítems; y 5. Afrontamiento de problemas, con seis ítems.

Se trata de una escala de tipo Likert asistida por computadora donde el encuestado responde, en una escala de 0 a 10, qué tan capaz se siente para realizar cada una de las conductas relacionadas con el cuidado de la salud contenidas en el cuestionario, donde "0" corresponde a "nada capaz", y "10" corresponde a "absolutamente capaz" (Figura 1). Los factores se orientan a dar respuesta a cada uno de los tres escenarios: Autoeficacia percibida actualmente, autoeficacia deseada y autoeficacia alcanzable.

Para luego a partir de sus respuestas obtener cinco índices:

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

Sin embargo, para fines del presente estudio, sólo se consideró el índice de la autoeficacia percibida, con el propósito de probar la validez y fiabilidad de la escala, quedando la exploración de los demás índices para estudios posteriores.

El análisis psicométrico de la escala llevado a cabo por Blanco et al. (2016) en una muestra de estudiantes universitario, indica que el modelo de medición ajusta de manera aceptable; con índices de consistencia interna superiores a .80 en todos sus factores.

Figura 1

Formato de respuesta correspondiente a los ítems del cuestionario ACASF (Elaboración propia)

The image shows a digital interface for the ACASF questionnaire. It contains three items, each with a 10-point Likert scale. The first item is 'Que tan capaz me siento para: Evitar el consumo de tabaco a pesar de las presiones de mis amigos'. The second item is 'Que tanto interés tengo en ser capaz de: Evitar el consumo de tabaco a pesar de las presiones de mis amigos'. The third item is 'Si me esfuerzo en cambiar que tan capaz sería para: Evitar el consumo de tabaco a pesar de las presiones de mis amigos'. Each item has a scale from 0 to 10, with a yellow circle and a number indicating the selected response. The first item has a '4' selected, the second has a '5', and the third has a '7'. At the bottom of the interface is a button labeled 'ACEPTAR'.

Procedimiento

Se invitó a participar en la investigación a los estudiantes de las escuelas de educación media superior de la ciudad de Chihuahua. A los padres o tutores de los menores de edad se les contactó a través de las autoridades de cada institución educativa para proporcionar el consentimiento informado. Durante este estudio se respetaron los lineamientos éticos establecidos en la Ley General de Salud Mexicana sobre Investigación para la Salud (Secretaría de Salud, 2024). Los participantes que accedieron a formar parte del estudio firmaron previamente la carta de consentimiento correspondiente. Posteriormente, se procedió a la aplicación

del instrumento previamente descrito, el cual fue administrado mediante una computadora personal a través del módulo administrador del editor de escalas de ejecución típica. Esta aplicación se llevó a cabo en los laboratorios de cómputo de las instituciones participantes, en sesiones con una duración aproximada de 30 minutos. Al inicio de cada sesión se ofreció una breve introducción en la que se explicó la relevancia del estudio y la manera de acceder al instrumento. Se enfatizó la necesidad de responder con honestidad y se garantizó la confidencialidad de la información proporcionada. Las instrucciones para contestar se presentaron en las primeras pantallas, previas al inicio de los reactivos. Al finalizar la sesión, se agradeció a los participantes por su colaboración.

Una vez aplicado el instrumento se procedió a recopilar los resultados por medio del módulo generador de resultados del editor de escalas versión 2.0 (Blanco et al., 2013).

Para llevar a cabo los análisis de los datos se utilizaron los paquetes estadísticos SPSS 18.0 y AMOS 21.0.

Análisis de datos

Primero se calcularon los descriptivos de los ítems, la asimetría y la curtosis para determinar la normalidad de los datos.

Se realizaron análisis factoriales confirmatorios, para lo cual se utilizó el software AMOS 21 (Arbuckle, 2012), las varianzas de los términos de error fueron especificados como parámetros libres, en cada variable latente (factor) se fijó uno de los coeficientes estructurales asociados a uno, para que su escala sea igual a la de una de las variables observables (ítems). El método de estimación empleado fue el de Máxima Verosimilitud; siguiendo la recomendación de Thompson (2004), en el sentido de que cuando se emplea análisis factorial confirmatorio se debe corroborar no sólo el ajuste de un modelo teórico, sino que es recomendable comparar los índices de

ajuste de varios modelos alternativos para seleccionar el mejor.

Para valorar el grado de ajuste del modelo, se utilizaron como indicadores absolutos el Chi-cuadrado (χ^2), el índice de bondad de ajuste (GFI) > .90 y el error cuadrático medio de aproximación (RMSEA) ≤ .08. Asimismo, se emplearon medidas de ajuste incremental, entre las que se incluyeron el índice de bondad ajustado (AGFI) > .90, el Índice Tucker-Lewis (TLI) > .90 y el índice de bondad de ajuste comparativo (CFI) > .90. La razón de Chi-cuadrado sobre los grados de libertad (χ^2/gf) < 3 y el Criterio de Información de Akaike (AIC) como medidas de ajuste de parsimonia (Byrne, 2016; Gelabert et al., 2011).

Por último, se calculó la fiabilidad de cada una de las dimensiones del cuestionario, es decir, la consistencia interna, del mejor modelo de medida obtenido, a través del Coeficiente Alpha de Cronbach (Nunnally & Bernstein, 1995; Oliden & Zumbo, 2008) y del Coeficiente Omega (Revelle & Zinbarg, 2009; Sijtsma, 2009).

Resultados

Se probaron dos modelos, donde los resultados globales del análisis factorial confirmatorio (GFI, .85; RMSEA, .07; CFI, .91) para el modelo ACASF-5F, indican que el modelo de medición es no aceptable en la mayoría de los índices (Tabla 1).

Tabla 1

Índices absolutos, incrementales y de parsimonia para los modelos generados (ACASF)

Modelo	Índices absolutos			Índices incrementales			Índices de parsimonia	
	χ^2	GFI	RMSEA	AGFI	TLI	CFI	χ^2/gf	AIC
ACASF-5F	1125.05*	.851	.070	.822	.901	.911	3.309	1257.05
ACASF-5Fm	205.914*	.954	.038	.937	.980	.983	1.661	299.914

Nota. * $p < .05$; GFI = índice de bondad de ajuste; RMSEA = error cuadrático medio de aproximación; AGFI = índice de bondad ajustado; TLI = Índice Tucker-Lewis; CFI = índice de bondad de ajuste comparativo; χ^2/gf = Chi-cuadrado sobre los grados de libertad; AIC = Criterio de Información de Akaike.

El conjunto de los factores del modelo ACASF-5F explican aproximadamente el 69% de la varianza. De los resultados de la Tabla 2; uno de los 28 ítems analizados satura por debajo de .70 en su dimensión prevista (ítem 1). Observándose, además, intercorrelaciones bajas y moderadas entre los factores del modelo, evidenciando una adecuada validez discriminante entre ellos.

Tabla 2

Soluciones estandarizadas análisis factorial confirmatorio para el modelo ACASF-5F

Ítem	F1	F2	F3	F4	F5
Ítems Factoriales					
17. Realizar ejercicio físico durante cuando menos 30 minutos tres o más sesiones a la semana	.71				
18. Hacer ejercicio físico, a pesar de tener preocupaciones y problemas	.83				
19. Hacer ejercicio físico, a pesar de sentirme deprimido	.83				
20. Hacer ejercicio físico, a pesar de sentirme tenso	.85				
21. Hacer ejercicio físico, a pesar de sentirme cansado	.78				
22. Hacer ejercicio físico, a pesar de estar ocupado	.74				
11. Resistirme a comer cuando estoy ansioso o nervioso		.75			
12. Resistirme a comer cuando estoy deprimido o experimento un fracaso		.76			
13. Resistirme a comer cuando hay mucha comida disponible		.79			
14. Resistirme a comer cuando otros me están presionando para hacerlo		.76			
15. Resistirme a comer alimentos con muchas calorías aun cuando me gusten mucho		.68			
16. Resistirme a comer a pesar de que otros se molesten si yo no como		.70			
23. Funcionar lo más normalmente posible cuando tengo problemas o contratiempos en mi vida			.73		
24. Que los problemas o contratiempos que tengo no afecten a mis emociones, relaciones u otras esferas de mi vida			.76		
25. Afrontar eficazmente problemas o contrariedades en mi vida			.78		
26. No sentirme tenso o ansioso cuando tengo problemas o contratiempos			.75		
27. Prestar atención a otras cosas cuando tengo problemas o contrariedades			.72		
28. Poner en marcha de manera efectiva todos los recursos que están a mi alcance para resolver un problema o contratiempos que tenga			.77		
1. Evitar el consumo de tabaco a pesar de las presiones de mis amigos				.69	
2. Controlarme y reducir mi consumo de tabaco				.83	
3. Resistir la tentación de consumir tabaco en exceso cuando estoy deprimido o experimento un fracaso				.90	
4. Resistirme a consumir tabaco cuando estoy ansioso o nervioso				.93	
5. Controlarme y no consumir nada de tabaco				.73	
6. Evitar el consumo de bebidas alcohólicas a pesar de las presiones de mis amigos				.75	
7. Controlarme y reducir mi consumo de alcohol				.84	
8. Resistir la tentación de beber en exceso cuando estoy deprimido o experimento un fracaso				.86	
9. Resistirme a consumir bebidas alcohólicas cuando estoy ansioso o nervioso				.90	
10. Controlarme y no beber nada de alcohol				.79	
Correlaciones Factoriales					
F1	-	.46	.66	.16	.23
F2		-	.56	.19	.33
F3			-	.30	.39
F4				-	.61
F5					-

Nota. $p < .05$; F1 = Ejercicio físico; F2 = Cuidado de la Alimentación; F3 = Afrontamiento de problemas; F4 = Evitación del consumo de tabaco; F5 = Evitación del consumo de alcohol.

Los resultados generales del AFC para el segundo modelo evaluado, denominado ACASF-5Fm, mostraron índices de ajuste óptimo (GFI = .954; RMSEA = .038; CFI = .983). Este modelo corresponde a la estructura factorial del modelo previo, pero excluyendo aquellos ítems que presentaron cargas factoriales o índices de modificación inadecuados (1, 5, 6, 10, 12, 14, 17, 21, 23 y 25). Los hallazgos sugieren que el modelo revisado presenta un ajuste superior al modelo original y con ajuste óptimo, utilizando la estrategia por competencia de modelos, en la cual se elige el modelo más

competente, es decir, el que ofrece un equilibrio óptimo entre ajuste y complejidad (Tabla 1). En conjunto, los cinco factores de este modelo explican aproximadamente el 75% de la varianza total.

En la Tabla 3 se puede observar que dos de los 18 ítems saturan por debajo de .70 en su dimensión prevista (ítems 11 y 22). Observándose, además, intercorrelaciones bajas y moderadas entre los cinco factores, evidenciando una adecuada validez discriminante entre ellos (Figura 2).

Figura 2
Resultados globales ACASF-5Fm
(Elaboración propia)

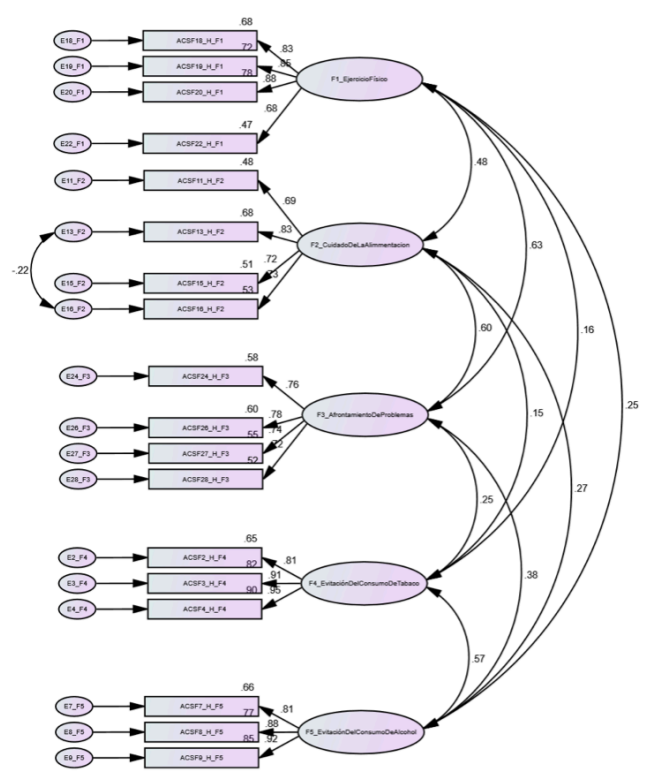


Tabla 3
Soluciones estandarizadas análisis factorial confirmatorio para el Modelo ACASF-5Fm

Ítem	F1	F2	F3	F4	F5
Pesos Factoriales					
18. Hacer ejercicio físico, a pesar de tener preocupaciones y problemas	.83				
19. Hacer ejercicio físico, a pesar de sentirme deprimido	.85				
20. Hacer ejercicio físico, a pesar de sentirme tenso	.88				
22. Hacer ejercicio físico, a pesar de estar ocupado	.68				
11. Resistirme a comer cuando estoy ansioso o nervioso		.69			
13. Resistirme a comer cuando hay mucha comida disponible		.83			
15. Resistirme a comer alimentos con muchas calorías aun cuando me gusten mucho		.72			
16. Resistirme a comer a pesar de que otros se molesten si yo no como		.73			
24. Que los problemas o contratiempos que tengo no afecten a mis emociones, relaciones u otras esferas de mi vida			.76		
26. No sentirme tenso o ansioso cuando tengo problemas o contratiempos			.78		
27. Prestar atención a otras cosas cuando tengo problemas o contrariedades			.74		
28. Poner en marcha de manera efectiva todos los recursos que están a mi alcance para resolver un problema o contratiempos que tenga			.72		
2. Controlarme y reducir mi consumo de tabaco				.81	
3. Resistir la tentación de consumir tabaco en exceso cuando estoy deprimido o experimento un fracaso				.91	
4. Resistirme a consumir tabaco cuando estoy ansioso o nervioso				.95	
7. Controlarme y reducir mi consumo de alcohol					.81
8. Resistir la tentación de beber en exceso cuando estoy deprimido o experimento un fracaso					.88
9. Resistirme a consumir bebidas alcohólicas cuando estoy ansioso o nervioso					.92
Correlaciones Factoriales					
F1	-	.48	.63	.16	.25
F2		-	.60	.15	.27
F3			-	.25	.38
F4				-	.57
F5					-

Nota. $p < .05$; F1 = Ejercicio físico; F2 = Cuidado de la Alimentación; F3 = Afrontamiento de problemas; F4 = Evitación del consumo de tabaco; F5 = Evitación del consumo de alcohol.

Consistencia interna de los factores del mejor modelo obtenido (ACASF-5Fm)

En la Tabla 4 se puede observar que los factores del modelo óptimo alcanzaron coeficientes de consistencia interna superiores a .80 (George & Mallery, 2024), lo que indica una adecuada fiabilidad para este tipo de subescalas, especialmente considerando el reducido número de ítems que la componen.

Tabla 4
Coeficientes omega y alfa para los factores del modelo ACASF-5Fm

Factor	ω	α
Ejercicio físico (4 ítems)	.88	.90
Cuidado de la alimentación (4 ítems)	.83	.87
Afrontamiento de problemas (4 ítems)	.83	.88
Evitación del consumo de tabaco (3 ítems)	.92	.90
Evitación del consumo del alcohol (3 ítems)	.90	.91

Conclusiones y Discusión

El presente estudio tuvo como objetivo evaluar las propiedades psicométricas de la Escala de Autoeficacia en el Cuidado de la Alimentación y Salud Física en los adolescentes de Ornelas et al. (2011). Ya que, a pesar de que la autoeficacia ha sido investigada en diversos campos, muchos de los instrumentos no han sido adaptados ni validados específicamente para adolescentes, especialmente en áreas particulares como los hábitos alimentarios y el cuidado de la salud.

Por esta razón es fundamental disponer de herramientas de evaluación válidas y confiables que permitan detectar elementos que protejan o representen riesgos para esta población.

Para ello, se compararon dos modelos de medición: el primero (ACASF-5F), basado en la estructura factorial original de cinco factores conforme a la distribución inicial de los ítems, y el segundo (ACASF-5Fm) que corresponde a la misma estructura, pero excluyendo aquellos ítems que, según las cargas factoriales y/o a los índices de modificación resultaron no adecuados.

Los análisis factoriales indicaron que el modelo ACASF-5Fm con una estructura penta factorial: (a) Ejercicio físico, con cuatro ítems (18, 19, 20 y 22); (b) Cuidado de la alimentación, con cuatro ítems (11, 13, 15 y 16); (c) Afrontamiento de problemas, con cuatro ítems (24, 26, 27, y 28); (d) Evitación del consumo de tabaco, con tres ítems (2, 3 y 4); y (e) Evitación del consumo de alcohol, con tres ítems (7, 8 y 9), presenta una estructura viable y adecuada. Los factores obtenidos mostraron niveles apropiados de fiabilidad, con saturaciones factoriales estandarizadas que coinciden plenamente con la estructura propuesta de Blanco et al. (2016), aunque fue necesario eliminar 10 ítems para alcanzar este ajuste. La eliminación respondió a criterios psicométricos objetivos (cargas bajas, índices de modificación), pero también debe interpretarse como un indicador de que ciertos enunciados pueden no ser comprendidos o no tener relevancia suficiente en población adolescente.

Así pues, esta decisión buscó optimizar el ajuste del modelo, pero necesariamente obliga a reflexionar sobre la validez de contenido. Si bien la reducción de reactivos puede conllevar un riesgo de pérdida de cobertura conceptual, en este caso los ítems eliminados no representaban indicadores únicos dentro de cada dimensión, sino que coexistían con otros de contenido equivalente. Por ejemplo, dentro del factor

Ejercicio físico, los reactivos eliminados (17 y 21) estaban vinculados al mismo núcleo conceptual con los ítems 18, 19 y 20, los cuales permanecen en la escala. Esto asegura que el constructo no pierde cobertura esencial, aunque sí se reduce la riqueza de matices con que se evaluaba originalmente.

Así, la estructura conserva al menos tres ítems por dimensión, lo cual asegura que los aspectos centrales de la autoeficacia en conductas de salud (control del tabaco, consumo de alcohol, alimentación, ejercicio físico y manejo de problemas) permanezcan cubiertos.

En consecuencia, la validez de contenido del ACASF-5Fm puede considerarse preservada, aunque en forma más sintética y adaptada a la comprensión adolescente.

Esta diferencia entre los modelos se puede deber a que los adolescentes interpretan de manera diferente ciertos ítems, ya sea por su menor experiencia en la gestión autónoma de la salud o porque algunos enunciados (p.ej., aquellos vinculados a la presión de pares o al afrontamiento de problemas) no reflejan situaciones significativas en esta etapa. Esto resalta la necesidad de adaptar lingüística y culturalmente los instrumentos más allá de su validez psicométrica (Joffer et al., 2016; Marentes-Castillo et al., 2024; Ziegler et al., 2025).

No obstante, la generalización de estos hallazgos es limitada, por lo que se requieren estudios futuros que corroboren la estructura factorial propuesta, proporcionando así evidencias más sólidas sobre la validez del instrumento. Aunque la estructura penta factorial resultante es adecuada y parsimoniosa, la eliminación de un número relevante de ítems implica que la versión reducida debe considerarse preliminar. Se requieren estudios complementarios que, además de corroborar la estructura factorial e invarianza entre grupos, evalúen la validez de contenido mediante jueceo de expertos y

análisis de pertinencia cultural. Esto permitirá confirmar que el ACASF-5Fm mantiene una representación teórica suficiente del constructo de autoeficacia en conductas de salud. Otra limitación del estudio es el muestreo por conveniencia, pues los participantes provinieron únicamente de escuelas de una región determinada.

En cuanto a la utilidad práctica, el ACASF-5Fm constituye una herramienta breve y adaptada a adolescentes, con potencial de aplicación en programas escolares de promoción de hábitos saludables, prevención del consumo de tabaco y alcohol, y detección temprana de factores de riesgo relacionados con alimentación y ejercicio físico. Además, puede emplearse para evaluar la eficacia de intervenciones educativas o de salud pública que busquen fortalecer la autoeficacia en conductas preventivas.

Referencias

- Afolabi, O. A., & Balogun, A. G. (2017). Impacts of psychological security, emotional intelligence and self-efficacy on undergraduates' life satisfaction. *Psychological Thought*, 10(2), 247-261. <https://doi.org/10.5964/psych.v10i2.226>
- Aguiar Palacios, L. H., Magallanes Rodríguez, A. G., Martínez Alvarado, J. R., Negrete Cortes, A. J., & García Gomar, M. L. (2017). Autoeficacia para control de peso en estudiantes universitarios del área de la salud. *PSIENCIA: Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 9(1), 5.
- Araque, F., López Torrecillas, F., De los Riscos, M., & Godoy, J. F. (2001). Autoeficacia en padres de dependientes a opiáceos. *Adicciones*, 13(2), 131-138. <https://doi.org/10.20882/adicciones.572>
- Arbuckle, J. R. (2012). *AMOS users guide version 21.0*. Marketing Department, SPSS. Incorporated. https://www.sussex.ac.uk/its/pdfs/Amos_20_User_Guide.pdf
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory* (Vol. 1). Prentice-hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. W H Freeman/Times Books/ Henry Holt & Co.
- Bandura, A. (1995). *Self-Efficacy in Changing Societies*. Cambridge University Press. <http://dx.doi.org/10.1017/CBO9780511527692>
- Bardales, K., Díaz, P., Jiménez, M., Terreros, M., & Valencia, L. (2006). *Psicología social: pasado, presente y futuro*. [Trabajo de licenciatura, Universidad del Valle].
- Blanco Blanco, A. (2010). Creencias de autoeficacia de estudiantes universitarios: un estudio empírico sobre la especificidad del constructo. *RELIEVE - Revista Electrónica De Investigación Y Evaluación Educativa*, 16(1). <https://doi.org/10.7203/relieve.16.1.4149>
- Blanco Vega, H. (2010). *Autoeficacia percibida en conductas académicas y cuidado de la salud en alumnos de primer ingreso a la universidad autónoma de chihuahua. Un estudio comparado respecto a los alumnos universitarios de educación física* [Tesis doctoral, Universidad de Granada].
- Blanco Ornelas, L. H., Díaz-Leal, A., Ornelas Contreras, M., Mondaca Fernández, F., & Solano Pinto, N. (2019). La Autoeficacia en el Cuidado de la Salud en la Predicción de la Satisfacción con la Vida. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica. RIDEP*, 52(3), 53-65. <https://doi.org/10.21865/RIDEP52.3.05>
- Blanco, H., Ornelas, M., Tristán, J. L., Cocca, A., Mayorga-Vega, D., López-Walle, J., & Viciania, J. (2013). Editor for creating and applying computerise surveys. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 106, 935-940. <https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2013.12.105>

Blanco, J. R., Ornelas, M., Viciana, J., & Rodríguez, J. M. (2016). Composición factorial de una escala de autoeficacia en el cuidado de la alimentación y salud física en universitarios mexicanos. *Nutrición Hospitalaria*, 33(2), 379-385.

Byrne, B. M. (2016). *Structural Equation Modeling With AMOS: Basic Concepts, Applications, and Programming*. Routledge. <https://doi.org/10.4324/9781315757421>

Carrasco Ortiz, M. Á., & del Barrio Gándara, M. V. (2002). Evaluación de la autoeficacia en niños y adolescentes. *Psicothema*, 14(2), 323-332.

Chacón Corzo, C. T. (2006). Las creencias de autoeficacia: un aporte para la formación del docente de inglés. *Acción pedagógica*, 15(1), 44-54.

Chuya Yungaicela, P. R. (2015). Autoeficacia en las conductas saludables [Tesis de licenciatura, Universidad Técnica de Machala].

Cruz, P. A. (2018). Estrategias de afrontamiento y autoeficacia en personas portadoras del VIH/SIDA que asisten al CDVIR-La Paz (programa departamental ITS-VIH/SIDA) [Tesis doctoral, Universidad Mayor de San Andrés].

Cupani, M., & Pérez, E. R. (2006). Metas de elección de carrera: contribución de los intereses vocacionales, la autoeficacia y los rasgos de personalidad. *Interdisciplinaria*, 23(1), 81-100.

Curi, K. A. (2024). Autoeficacia y conductas promotoras de la salud de los estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional del Callao, 2023 [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional del Callao]. <https://repositorio.unac.edu.pe/handle/20.500.12952/8774>

Estrada, F., Campero, L., Suárez-López, L., De la Vara-Salazar, E., & González-Chávez, G. (2017). Conocimientos sobre riesgo de embarazo y autoeficacia en hombres adolescentes: apoyo parental y factores escolares. *Salud Pública de México*, 59(5), 556-565. <https://doi.org/10.21149/7959>

Fernández Lara, R. S. (2017). *La percepción de la eficacia motriz, su relación con la actividad física, y la intensidad del esfuerzo físico, en los estudiantes de secundaria de la IE 1197 Nicolás de Piérola, 2015* [Tesis doctoral, Universidad Nacional de Educación].

Frailé García, J., Tejero-González, C. M., Esteban-Cornejo, I., & Veiga, Óscar L. (2019). Asociación entre disfrute, autoeficacia motriz, actividad física y rendimiento académico en educación física. *Retos*, 36, 58-63. <https://doi.org/10.47197/retos.v36i36.63035G>
elabert, E., García-Esteve, L., Martín-Santos, R., Gutiérrez, F., Torres, A., & Subirà, S. (2011). Psychometric properties of the Spanish version of the Frost Multidimensional Perfectionism Scale in women. *Psicothema*, 23(1), 133-139.

George, D., & Mallery, P. (2024). *IBM SPSS Statistics 29 Step by Step: A Simple Guide and Reference* (18th ed.). Routledge.

Góngora Hoil, C. G., & de Lille Quintal, M. J. (2024). Hábitos de Vida Saludable y Autoeficacia en Universitarios de un Campus de una Universidad Pública. *Ciencia Latina: Revista Multidisciplinar*, 8(3), 5926-5937. https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v8i3.11788

Guedea Delgado, J. C., Solano Pinto, N., Blanco Ornelas, J. R., Ceballos Gurrola, O., & Zueck Enriquez, M. d. C. (2017). Autoconcepto físico, género y cuidado de la salud en universitarios mexicanos. *Revista de Psicología del Deporte*, 26(2), 51-59.

Gutierrez Barreiro, R. (2016). Asociación entre una agencia de autocuidado y autoeficacia percibida en personas que asisten a rehabilitación cardíaca [Tesis de maestría, Universidad Nacional de Colombia-Sede Bogotá].

Hecimovich, M. D., Peiffer, J. J., & Harbaugh, A. G. (2014). Development and psychometric evaluation of a post exercise exhaustion scale utilising the Rasch measurement model. *Psychology of Sport and Exercise*, 15(6), 569-579.
<https://doi.org/10.1016/j.psychsport.2014.06.003>

Joffer, J., Jerdén, L., Öhman, A., & Flacking, R. (2016). Exploring self-rated health among adolescents: a think-aloud study. *BMC public health*, 16, 156.
<https://doi.org/10.1186/s12889-016-2837-z>

Limonero, J. T., Tomás- Sábado, J., Fernández-Castro, J., Cladellas, R., & Gómez-Benito, J. (2010). Competencia personal percibida y ansiedad ante la muerte en estudiantes de enfermería. *Ansiedad y Estrés*, 16(2-3), 177-188.

Maddux, J. E., Brawley, L., & Boykin, A. (1995). Self-efficacy and healthy behavior. En J. E. Maddux (Ed). *Self-Efficacy, Adaptation, and Adjustment* (pp. 173-202). Springer.
https://doi.org/10.1007/978-1-4419-6868-5_6

Marentes-Castillo, M., Castillo, I., Tomás, I., & Álvarez, O. (2024). Towards a Healthy Diet in an Adolescent Population: The Mediating Role of Motivation and Perceived Barriers Between Self-Efficacy and Weight Regulation. *Healthcare*, 12(14), 1454.
<https://doi.org/10.3390/healthcare12141454>

Merino, E., Carbonero, M. A., & Herranz, C. (2004). Autoeficacia vocacional: Resultados de un programa de asesoramiento para estudiantes de secundaria. En F. Miras, N. Yuste, & F. Valls (Eds.), *Actas del IV Congreso Internacional de Psicología y Educación: Calidad educativa* (pp. 3454-3462). Servicio de Publicaciones de la Universidad de Almería.

Minarni, M., Ahmad, L. O. I., & Ali, M. (2023). Konsep Efikasi Diri dalam Perspektif Hadis. *Jurnal Diskursus Islam*, 11(3), 371-387.
<https://doi.org/10.24252/jdi.v11i3.44817>

Moreno Cañizares, P., & Bueno Álvarez, J. A. (2019). Evaluación de la percepción de autoeficacia en pacientes de oncología infantil. *Psicooncología*, 16(2), 387-403.
<https://doi.org/10.5209/psic.65598>

Murrieta Loyo, G., & Reyes Cruz, M. d. R. (2019). Experiencias de desempeño y creencias de autoeficacia en profesores de lenguas extranjeras. *Sinéctica* (52), 1-16.
[https://doi.org/10.31391/S2007-7033\(2019\)0052-010](https://doi.org/10.31391/S2007-7033(2019)0052-010)

Nunnally, J. C., & Bernstein, I. H. (1995). *Teoría Psicométrica*. McGraw-Hill.

Oliden, P. E., & Zumbo, B. D. (2008). Coeficientes de fiabilidad para escalas de respuesta categórica ordenadas. *Psicothema*, 20(4), 896-901.

Olivari Medina, C., & Urra Medina, E. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y enfermería*, 13(1), 9-15.
<https://doi.org/10.4067/S0717-95532007000100002>

Olivos Romero, M. A. (2018). Autoeficacia escolar y rendimiento escolar de los estudiantes de la Institución Educativa "Víctor Raúl Haya de la Torre" Agomarca-Bambamarca, 2018 [Tesis de maestría, Universidad César Vallejo].

Orcasita, L. T., Mosquera Gil, J. A., & Carrillo González, T. (2018). Autoconcepto, autoeficacia y conductas sexuales de riesgo en adolescentes. *Informes Psicológicos*, 18(2), 141-168.

<https://doi.org/10.18566/infpsic.v18n2a08>

Ornelas, M., Blanco, H., Rodríguez, J. M., & Flores, F. J. (2011). Análisis psicométrico de la escala autoeficacia en conductas de cuidado de la salud física en universitarios de primer ingreso. *Formación Universitaria*, 4(6), 21-34. <https://doi.org/10.4067/S0718-50062011000600004>

Palacios Delgado, J. R. (2015). Estimación psicométrica de la escala de autoeficacia ante conductas de riesgo para adolescentes en México. *Psychosocial Intervention*, 24(1), 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.psi.2014.11.004>

Pérez Fuentes, M. C., Molero Jurado, M. del M., Barragán Martín, A. B., Martos Martínez, África, Simón Márquez, M. del M., & Gázquez Linares, J. J. (2018). Autoeficacia y Engagement en estudiantes de Ciencias de la Salud y su relación con la autoestima. *PUBLICACIONES*, 48(1), 161-172. <https://doi.org/10.30827/publicaciones.v48i1.7323>

Ramírez Dorantes, M. d. C., & Canto y Rodríguez, J. E. (2007). Desarrollo y evaluación de una escala de autoeficacia en la elección de carrera en estudiantes mexicanos. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 5(1), 37-56. <https://doi.org/10.25115/ejrep.v5i11.1230>

Ramírez Enríquez, S. I., Peinado Pérez, J. E., Blanco Vega, H., & Barceló Reyna, R. (2024). Escala de Autoeficacia en el Cuidado de la Alimentación y Salud Física (ACASF): propiedades psicométricas en jóvenes mexicanos de 15 a 24 años. *Retos*, 53, 406-417. <https://doi.org/10.47197/retos.v53.99728>

Revelle, W., & Zinbarg, R. E. (2009). Coefficients alpha, beta, omega and the glb: comments on Sijtsma. *Psychometrika*, 74(1), 145-154. <https://doi.org/10.1007/s11336-008-9102-z>

Secretaría de Salud. (2024). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Diario Oficial de la Federación. <https://salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/com/pi/rlgsmis.html>

Silva, C., Fernández, N., & Rodríguez, N. (2019). Depresión, ansiedad y autoeficacia para bajar de peso en mujeres en tratamiento nutricional. *Psicología y salud*, 29(1), 41-49. <https://doi.org/10.25009/pys.v29i1.2567>

Sijtsma, K. (2009). On the use, the misuse, and the very limited usefulness of Cronbach's alpha. *Psychometrika*, 74(1), 107-120. <https://doi.org/10.1007/s11336-008-9101-0>

Teixeira, M. O., & Costa, C. J. (2018). Fontes de autoeficácia em estudantes do ensino superior. *Revista brasileira de orientação profissional*, 19(2), 143-155. <https://doi.org/10.26707/1984-7270/2019v19n2p143>

Thompson, B. (2004). Exploratory and Confirmatory Factor Analysis. Understanding concepts and applications. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/10694-000>

Vallejo Pareja, M. Á., Comeche Moreno, M. I., Ortega Pardo, J., de la Fe Rodríguez Muñoz, M., & Díaz García, M. I. (2009). Las expectativas de autoeficacia y el ajuste emocional en el afrontamiento de la fibromialgia. *Escritos De Psicología*, 2(2), 28-34. <https://doi.org/10.24310/espsiescpsi.v2i2.13373>

Varela Baltier, E. M., Ornelas Contreras, M., Benavides Pando, E. V., & Jiménez Lira, C. (2025). Adolescentes saludables: Explorando la autoeficacia en cuidado físico y alimentación. En Una aproximación de nuestras culturas en unión con las ciencias (pp. 11–20). Congresos PI.

Velázquez Fernández, A. (2011). Revisión histórico-conceptual del concepto de Autoeficacia. *Pequén*, 1(2). 148-160.

Ortiz Viveros, G. R., & Ortega Herrera, É. (2011). Capacidad predictiva de la adherencia al tratamiento en los modelos socio-cognitivos de creencias en salud. *Psicología y salud*, 21(1), 79-90. <https://doi.org/10.25009/pys.v21i1.590>

Williams, D. M. (2010). Outcome expectancy and self-efficacy: Theoretical implications of an unresolved contradiction. *Personality and Social Psychology Review*, 14(4), 417-425. <https://doi.org/10.1177/1088868310368802>

Ziegler, A. M., Hatzinger, L. A., Barich, R. A., Mansouri, T. H., Tilyou, K., Goldschmidt, A. B., & Temple, J. L. (2025). Evaluating adolescent eating autonomy through ecological momentary assessment. *Annals of Behavioral Medicine*, 59(1), kaaf027. <https://doi.org/10.1093/abm/kaaf027>