

<sup>1</sup>Pontificia Universidad Católica de Chile, Escuela de Enfermería; Centro Colaborador OMS para el Desarrollo de Servicios de Salud y Enfermería para el Cuidado de Enfermedades No Transmisibles. Santiago, Chile.

<sup>2</sup>Universidad Alberto Hurtado, Programa Doctorado en Sociología.

<sup>3</sup>Enfermera-Matrona, MgPs, PhD.

<sup>4</sup>Enfermera-Matrona, MgE, PhD.

<sup>5</sup>Enfermera-Matrona, MgE, PhD©.

Fuente de apoyo financiero, Centro de Innovación en Salud Ancora UC. Sin participación en el diseño ni análisis de los resultados.

Recibido el 21 de noviembre de 2022, aceptado el 26 de abril de 2024.

Correspondencia a:  
Francisca Márquez-Doren  
fmarquez@uc.cl

# Adaptación cultural y validación del instrumento de Autoeficacia para el manejo de enfermedades crónicas en población chilena

SOLANGE CAMPOS-ROMERO<sup>1,a</sup>, CAMILA LUCCHINI RAIES<sup>1,b</sup>,  
CECILIA RODRÍGUEZ, PAULINA MUÑOZ,  
FRANCISCA MÁRQUEZ-DOREN<sup>1,b</sup>,  
CLAUDIA BUSTAMANTE-TRONCOSO<sup>1,2,c</sup>

## Cultural Adaptation and Validation of the Self-Efficacy Instrument for Chronic Disease Management in the Chilean Population

**Objectives:** To adapt and validate the Latin-Spanish version of the Self-Efficacy to Manage Chronic Disease (SEMCD-S) for the Chilean population. **Material and Methods:** Twenty-one individual cognitive interviews were conducted with adults with diagnosed chronic diseases, comparing the understanding of the SEMCD-S with the Chilean adaptation (SEMCD-S-Ch) using paraphrasing and follow-up probes. Then, 144 adults with diagnosed chronic diseases under control were recruited in three family health centers in La Florida and La Pintana. These participants were administered the SEMCD-S-Ch at recruitment, at six weeks, and four months later. An exploratory factor analysis (EFA) was conducted, the internal consistency of the instrument was calculated, and a confirmatory factor analysis (CFA) was performed to validate the EFA findings. **Main results:** The adaptation process incorporated changes in the writing style and some terms used in the SEMCD-S, improving the understanding of the instrument. In the psychometric testing of the SEMCD-S-Ch, the AFE identified a single-factor solution, the internal consistency in each of the administrations was very good ( $\alpha$  between 0.849 to 0.878), and the CFA confirmed the unidimensional structure of the instrument relatively well. **Conclusions:** The SEMCD-S-Ch is understandable, reliable, and useful for a brief and competent assessment of self-efficacy in people with chronic diseases under control in primary health care.

(Rev Med Chile 2023; 151: 1596-1603)

**Key words:** Chronic Disease; Psychological Tests; Self Efficacy; Self-Management; Validation Study.

### RESUMEN

**Objetivo:** Adaptar y validar la versión en español latino del Self-Efficacy to Manage Chronic Disease (SEMCD-S) para la población chilena. **Material y Mtodos:** Se realizaron 21 entrevistas cognitivas individuales a personas adultas

con enfermedades crónicas diagnosticadas, comparando la comprensión del SEMCD-S con la adaptación chilena (SEMCD-S-Ch) mediante las técnicas de indagación y parafraseo. Posteriormente, se reclutaron 144 personas adultas con enfermedades crónicas diagnosticadas y bajo control en tres centros de salud familiar en la Florida y La Pintana. A estos participantes se les administró el SEMCD-S-Ch en el reclutamiento, a las seis semanas, y a los cuatro meses después. Se condujo un análisis factorial exploratorio (AFE), se calculó la consistencia interna del instrumento, y se realizó un análisis factorial confirmatorio (AFC) para validar los hallazgos del AFE. **Resultados principales:** El proceso de adaptación incorporó cambios en el estilo de redacción y en algunos términos usados en el SEMCD-S, mejorando la comprensión del instrumento. En las pruebas psicométricas del SEMCD-S-Ch, el AFE identificó una solución de un solo factor, la consistencia interna en cada una de las administraciones fue muy buena ( $\alpha$  entre 0,849 a 0,878), y el AFC confirmó la estructura unidimensional de manera relativamente adecuada. **Conclusiones:** El SEMCD-S-Ch es comprensible, confiable, y útil para una evaluación breve y competente de la autoeficacia en personas con enfermedades crónicas que se encuentran bajo control en la atención primaria de salud.

**Palabras clave:** Autoeficacia; Automanejo; Enfermedad Crónica; Estudio de Validación; Pruebas Psicológicas.

De acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 las enfermedades crónicas (EC) y sus factores de riesgo tienen una alta prevalencia en la población, estimándose que 11 millones de personas adultas chilenas presentan multimorbilidad<sup>1</sup>, con bajas cifras de compensación de condiciones como diabetes e hipertensión arterial<sup>1,2</sup>, lo que conlleva a que las primeras causas de mortalidad de país estén asociadas a estas.

Desde la perspectiva de la teoría del Déficit de Autocuidado<sup>3</sup> una de las estrategias para contribuir a que las personas logren el control metabólico de sus condiciones crónicas es apoyarlas para que tengan la habilidad de afrontar el manejo médico, social y emocional, necesario cuando se vive con una condición crónica, lo que algunos autores denominan Automanejo<sup>3,4</sup>. Un elemento central para lograr el automanejo es contar con un nivel de autoeficacia que les permita sentirse capaz de llevar a cabo las acciones que se requieren para tener el control de su enfermedad<sup>5</sup>. Esto habitualmente implica realizar cambios conductuales, especialmente en los estilos de vida<sup>6</sup>. Así, uno de los mejores predictores de cambio conductual es la autoeficacia<sup>7</sup>. En la promoción de estilos de vida saludables, los mayores aumentos en la autoeficacia se han observado a través de la

retroalimentación sobre el desempeño previo y del modelaje de pares<sup>8</sup>.

Los programas dirigidos a las personas con enfermedades crónicas enfrentan el desafío de entregar un cuidado integral, integrado y continuo desde una perspectiva interdisciplinaria, orientado al apoyo al automanejo. En este sentido, la medición de la autoeficacia es un aporte para la construcción de planes de cuidado centrados en las necesidades y capacidades de las personas, como también en el desarrollo de competencias en futuros profesionales de la salud<sup>9</sup>.

Los instrumentos de medición existentes evalúan dominios específicos de la autoeficacia o sirven para ciertas enfermedades crónicas<sup>10</sup>. La mayoría de estos instrumentos tiene importantes limitaciones metodológicas en su desarrollo y validación<sup>10</sup>.

El instrumento Self-Efficacy to Manage Chronic Disease (SEMCD) provee una alternativa breve para la evaluación de la autoeficacia en adultos en relación al manejo de enfermedades crónicas en general<sup>11</sup>, con ello aportar a construir, evaluar y adaptar los planes de cuidado de las personas<sup>11</sup>. El SEMCD ha sido validado al español exclusivamente para población latina residente en Estados Unidos<sup>11</sup>.

Una versión del SEMCD adaptada y validada

para la población chilena, permitiría la evaluación breve, competente, y precisa de la autoeficacia en el marco de Estrategia de cuidado integral centrado en las personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad del país<sup>12</sup>. El objetivo de este estudio fue adaptar y validar la versión en español latino del Self-Efficacy to Manage Chronic Disease (SEMCD-S) para la población chilena.

## Material y Método

Se usó un diseño de estudio transversal para la adaptación y la validación psicométrica del SEMCD-S. Este estudio se desarrolló en el marco de un proyecto para diseñar e implementar un Modelo de Atención Centrado en la Persona con Condiciones Crónicas de Salud por el Centro de Innovación en Salud ANCORA San Francisco UC, de la Pontificia Universidad Católica de Chile.

El SEMCD-S fue creado por el Centro Stanford de Educación al Paciente e Investigación, en el contexto del Programa de Automanejo para Enfermedades Crónicas (CDSMP) en adultos, y forma parte de un grupo más amplio de escalas que evalúan el desarrollo del automanejo para condiciones crónicas específicas<sup>11</sup>. Fue desarrollado originalmente en inglés para población norteamericana y posteriormente se tradujo y validó al español para población latina, especialmente mexicanos, que residían en Estados Unidos<sup>11</sup>. El SEMCD-S consta de cuatro ítems que evalúan la seguridad que tienen los individuos de poder evitar que sus enfermedades crónicas interfieran con las cosas que quieren hacer<sup>11</sup>. Los ítems se evalúan en una escala tipo Likert con puntajes entre 1 ("Nada capaz", peor autoeficacia) hasta 10 ("Totalmente capaz", mejor autoeficacia). Los análisis psicométricos del SEMCD-S confirmaron su estructura unidimensional, alta consistencia interna (alfa de Cronbach 0.95), sensibilidad al cambio y asociación con desenlaces en salud<sup>11</sup>.

Basado en las recomendaciones del PRO Consortium Translation Process Steps<sup>13</sup>, el estudio se desarrolló en tres etapas: preparación, adaptación, y validación psicométrica del SEMCD-S.

En la fase de preparación, una de las autoras del instrumento original (KL) fue contactada para

autorizar el uso y la validación del instrumento, participando además de la etapa de adaptación del instrumento.

El proceso de adaptación evaluó y condujo mejoras a la comprensión del SEMCD-S. Un total de 21 participantes fueron seleccionados de manera intencionada, a través de contactos personales del equipo de investigación (p.ej., personal administrativo y de aseo de institución de educación superior, y pacientes bajo control en centros de atención primaria, entre otros), con el criterio de ser personas mayores de 18 años que presentaban al menos una enfermedad crónica diagnosticada. Se realizaron nueve entrevistas cognitivas individuales con el SEMCD-S y, posteriormente, doce entrevistas cognitivas individuales con la nueva versión propuesta para población chilena (SEMCD-S-Ch). Una entrevista cognitiva corresponde a un método para corregir problemas en relación con ítems de encuestas/cuestionarios. Estas fueron conducidas por cuatro miembros del equipo de investigación capacitados, quienes aplicaron la versión de lápiz y papel del instrumento. En cada entrevista, se evaluó la comprensión de los ítems, utilizando las técnicas de indagación y parafraseo para lograr que participantes expresaran con sus palabras el significado y redacción de cada ítem. Dos investigadoras en forma independiente analizaron las entrevistas, evaluando si el significado atribuido al parafraseo se alineaba con el significado del ítem respectivo. Se estimó el porcentaje de personas que entregaron una respuesta coincidente con lo propuesto en el enunciado del ítem. Posteriormente, las investigadoras consensuaron los hallazgos y compararon el porcentaje de personas que lograron mantener el objetivo entre las distintas versiones del instrumento. Las respuestas y sugerencias entregadas por los participantes fueron discutidas y consensuadas por cuatro de las autoras, al finalizar este proceso se obtiene la versión SEMCD-S-Ch del instrumento.

La etapa final correspondió a la validación psicométrica del SEMCD-S-Ch. Esta se condujo en tres centros de salud familiar (CESFAM) de las comunas de la Florida y La Pintana, con personas mayores de 18 años, que presentaban al menos una enfermedad crónica diagnosticada y bajo control según los registros clínicos de los CESFAM. Se excluyeron personas con adicción a drogas ilegales, con limitación visual y auditiva

severa, o que hubieran recibido un tratamiento por cáncer durante el año previo. Los profesionales de salud del CESFAM (i.e., nutricionista, kinesióloga, y enfermera) invitaron a los participantes y verificaron los criterios de elegibilidad. Las investigadoras estuvieron a cargo del proceso de consentimiento informado. El SEMCD-S-Ch fue administrado a la muestra previo a su participación en talleres grupales ofrecido a personas con enfermedades crónicas en los CESFAM del estudio. El instrumento se aplicó además a las seis semanas y cuatro meses después de la primera evaluación también en la instancia de talleres. En los tres momentos, la administración del instrumento estuvo a cargo de miembros del equipo de investigación. Para administrar el instrumento a las personas ausentes al taller en la segunda y tercera medición, fueron contactados por teléfono.

El plan de análisis incluyó análisis de estadísticos descriptivos para la caracterización de la muestra y del instrumento. Se condujo un análisis factorial exploratorio (AFE) para examinar la estructura interna del SEMCD-S-Ch, confirmando previamente la factibilidad de este tipo de análisis a través de pruebas convencionales (KMO y esfericidad de Bartlett). Debido a la distribución no normal de los datos se usó un método de mínimos cuadrados ponderados con medias y varianzas ajustados (WLSMV, por sus siglas en inglés). La estructura interna del instrumento fue identificada mediante la exploración del gráfico de sedimentación y de las cargas factoriales. Se calculó la consistencia interna del SEMCD-S-Ch y sus ítems mediante el alfa de Cronbach para cada una de las aplicaciones. Complementariamente, se realizó un análisis factorial confirmatorio (AFC) para validar los hallazgos del AFE. La estimación del AFC permitió el cómputo de los siguientes estadísticos de bondad de ajuste: el error cuadrático medio de aproximación (RMSEA), con valores menores a 0,05 para un buen ajuste de modelo; el índice de ajuste comparativo (CFI) y el índice de Tucker-Lewis (TLI), con valores iguales o mayores a 0,90 para un ajuste aceptable; y el residuo estandarizado cuadrático medio (SRMR), con valores inferiores a 0,08 para un buen ajuste del modelo. Todos los análisis fueron efectuados con la asistencia del *software* MPLUS.

Este proyecto fue aprobado por el Comité Ético Científico de la Facultad de Medicina de la

Pontificia Universidad Católica de Chile y del Servicio de Salud Metropolitano Sur Oriente. Todos los sujetos dieron su consentimiento informado para participar.

## Resultados

Para la primera etapa de adaptación del SEMCD-S, este fue administrado a nueve personas (siete mujeres, dos hombres), edades de 32 a 86 años, escolaridad 6 a 17 años. Los diagnósticos más frecuentes en los participantes fueron hipertensión arterial, diabetes tipo 2, asma, artritis y dislipidemia. Realizaban actividades como dueñas de casa (mujeres a cargo de sus hogares sin trabajo remunerado), asesoras del hogar (mujeres con trabajo remunerado por labores domésticas), jubilado y un administrativo. La versión SEMCD-S-Ch se aplicó a siete mujeres y cinco hombres, de entre 25 y 79 años y escolaridad entre 8 y 17 años. Presentaban hipertensión arterial, bronquitis crónica, rosácea, polimialgia reumática, hipotiroidismo y trombocitosis esencial. Realizaban actividades de dueña de casa, contador, comerciante, jubilado, un técnico en enfermería y un dibujante técnico.

El SEMCD-S, según la primera serie de entrevistas cognitivas, evidenció dificultades con la longitud y el formato estandarizado de los ítems de este instrumento. Estos atributos dificultaban la posibilidad de comprender y diferenciar adecuadamente el objetivo de cada ítem. Los participantes mencionaron confusión con el uso de conceptos como “fatiga o cansancio”, “dolencia”, “estado emocional” y “otros síntomas o problemas”, estos fueron cambiados por “cansancio” (i.e., solo se eliminó “fatiga” en la redacción), “dolor”, “malestar emocional” y “cualquier otra molestia”, respectivamente. Por lo tanto, se modificó la redacción de los ítems, agregando al inicio los síntomas objetivo de cada ítem y posteriormente la redacción estandarizada.

En la Tabla 1 se presenta la comparación entre el porcentaje de personas que lograron mantener el objetivo entre las distintas versiones del instrumento. Se observó una mejora sustantiva en la mantención del objetivo con la versión adaptada para la población chilena del instrumento (SEMCD-S-Ch), en comparación con el SEMCD-S.

**Tabla 1. Distribución del número de personas que lograron mantener el objetivo de la pregunta en cada ítem, en la versión original (n = 9) y adaptada (n = 12) del instrumento**

Redacción original (SEMCD-S)	Mantención del objetivo
1. ¿Qué tan seguro(a) se siente Ud. de poder evitar que la fatiga o cansancio debido a su enfermedad interfiera con las cosas que quiere hacer?	33,3% (n = 3)
2. ¿Qué tan seguro(a) se siente Ud. de poder evitar que las dolencias debido a su enfermedad interfieran con las cosas que quiere hacer?	33,3% (n = 3)
3. ¿Qué tan seguro(a) se siente Ud. de poder evitar que el estado emocional debido a su enfermedad interfiera con las cosas que quiere hacer?	0% (n = 0)
4. ¿Qué tan seguro(a) se siente Ud. de poder evitar que algunos otros síntomas o problemas de salud que tiene interfieran con las cosas que quiere hacer?	11,1% (n = 1)
Adaptación propuesta (SEMCD-S-Ch)	
1. Si siente cansancio debido a su enfermedad ¿Qué tan capaz se siente de manejarlo para hacer las cosas que quiere hacer?	75,0% (n = 9)
2. Si siente dolor físico debido a su enfermedad ¿Qué tan capaz se siente de manejarlo para hacer las cosas que quiere hacer?	83,3% (n = 10)
3. Si siente malestar emocional (tristeza, angustia, ansiedad) debido a su enfermedad ¿Qué tan capaz se siente de manejarlo para hacer las cosas que quiere hacer?	66,7% (n = 8)
4. Si siente cualquier otra molestia debido a su enfermedad ¿Qué tan capaz se siente de manejarlo para hacer las cosas que quiere hacer?	41,6% (n = 5)

**Tabla 2. Características sociodemográficas de la muestra (n = 144)**

Variables	Media (DE)
Edad	70,8 (9,5)
Años de estudio	9,1 (4,3)
Sexo	n (%)
Hombres	27 (18,8)
Mujeres	117 (81,2)
Estado Civil	
Soltero	24 (16,9)
Casado/Conviviente	73 (51,4)
Separado	13 (9,2)
Viudo	32 (22,5)
Nacionalidad	
Chilenos	138 (95,8)
Extranjeros	6 (4,2)
Actividad	
Jubilado	33 (23,2)
Dueño de casa	92 (64,8)
Trabajador independiente	16 (11,3)
Cesante	1 (0,7)

En la etapa de validación psicométrica del SEMCD-S-Ch participaron 144 personas. Los participantes tuvieron una edad media de 70,8 años (DE 9,52, Rango 33-93), en su mayoría mujeres (81,2%), con estado civil de casado o conviviente (51,4%), y cuya principal actividad fue dueña de casa (64,8%) (Tabla 2). La mayoría de los participantes señalaron contar con la presencia de apoyo (familiar u otras personas) para el manejo de sus enfermedades crónicas (84,6%, n = 121), y haber participado de algún grupo de pacientes durante el último año (79,2%, n = 114).

En la Tabla 3 se muestran los puntajes promedios obtenidos en el SEMCD-S-Ch en la primera administración. En todos los ítems se observó una puntuación media sobre el punto medio, con una clara tendencia hacia una autoeficacia elevada.

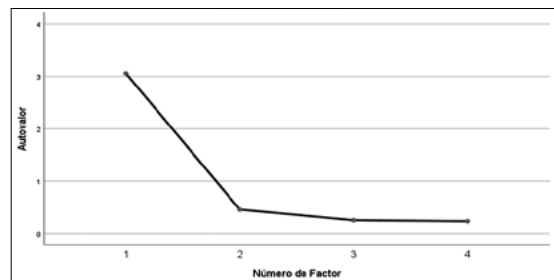
De acuerdo con los datos de la primera administración del SEMCD-S-Ch, la exploración del gráfico de sedimentación (Figura 1) y las cargas factoriales mostraron una solución de un solo factor. Las cargas factoriales oscilaron entre 0,79 a 0,90 en la primera aplicación del instrumento, el detalle para todas las aplicaciones del SEMCD-S-Ch se muestra en la Tabla 4. La consistencia

**Tabla 3. Puntajes promedios obtenidos en el SEMCD-S-Ch**

Item	Media (DE)
1. Si siente cansancio debido a su enfermedad ¿Qué tan capaz se siente de manejarlo para hacer las cosas que quiere hacer?	7,3 (2,2)
2. Si siente dolor físico debido a su enfermedad ¿Qué tan capaz se siente de manejarlo para hacer las cosas que quiere hacer?	6,9 (2,3)
3. Si siente malestar emocional (tristeza, angustia, ansiedad) debido a su enfermedad ¿Qué tan capaz se siente de manejarlo para hacer las cosas que quiere hacer?	7,3 (2,4)
4. Si siente cualquier otra molestia debido a su enfermedad ¿Qué tan capaz se siente de manejarlo para hacer las cosas que quiere hacer?	7,4 (2,4)

interna en cada una de las administraciones del instrumento resultó muy buena (primera medición  $\alpha = 0,849$ ,  $n = 144$ ; segunda medición  $\alpha = 0,878$ ,  $n = 117$ ; y, tercera medición  $\alpha = 0,849$ ,  $n = 110$ ).

Los hallazgos del AFC confirmaron la solución de un solo factor, con estadísticos de bondad de ajuste en rangos mayoritariamente adecuados. Específicamente, en la primera administración del instrumento, el SMRS (0,030), y los índices CFI (0,990) y TLI (0,971), evidenciaron un buen ajuste del modelo. Solo el RMSEA (0,260) indicó un pobre ajuste del modelo de un solo factor. Los índices de ajuste del modelo de un solo factor

**Figura 1.** Gráfico de Sedimentación.

para todas las aplicaciones del SEMCD-S-Ch se muestran en la Tabla 4.

**Tabla 4. Estructura factorial exploratoria e indicadores de ajuste de los tres tiempos de medición con SEMCD-S-Ch**

Items	Medición 1 (n = 144)	Medición 2 (n = 117)	Medición 3 (n = 110)
	Factor 1	Factor 1	Factor 1
1. Si siente cansancio debido a su enfermedad ¿Qué tan capaz se siente de manejarlo para hacer las cosas que quiere hacer?	0,870	0,875	0,723
2. Si siente dolor físico debido a su enfermedad ¿Qué tan capaz se siente de manejarlo para hacer las cosas que quiere hacer?	0,862	0,872	0,840
3. Si siente malestar emocional (tristeza, angustia, ansiedad) debido a su enfermedad ¿Qué tan capaz se siente de manejarlo para hacer las cosas que quiere hacer?	0,793	0,690	0,708
4. Si siente cualquier otra molestia debido a su enfermedad ¿Qué tan capaz se siente de manejarlo para hacer las cosas que quiere hacer?	0,904	0,872	0,854
Consistencia interna	0,849	0,878	0,849
RMSEA	0,260	0,260	0,175
CFI	0,990	0,988	0,990
TLI	0,971	0,964	0,971
SRMR	0,030	0,035	0,175

## Discusión

El SEMCD-S-Ch mejoró la comprensión de los ítems en comparación a su versión en español latino. La media de los ítems del instrumento se encontró consistentemente entre 6,9 y 7,4, evidencia de un nivel de autoeficacia más cercano de la puntuación ideal (10, "Totalmente capaz"). El SEMCD-S-Ch demostró una alta consistencia interna en sus distintas administraciones en el tiempo y se ajustó a un modelo de un solo factor de manera relativamente adecuada.

Nuestro estudio propuso adaptar y validar el SEMCD-S-Ch en una muestra de personas con enfermedades crónicas que se controlaban en tres CESFAM. La validación de la versión en español latino se efectuó en 868 personas de habla hispana reclutadas a través de organizaciones comunitarias en zonas fronterizas de Estados Unidos y México<sup>11</sup>.

Los resultados psicométricos de ambos estudios son equiparables, por lo tanto, aportan pruebas para la confiabilidad, utilidad, y validez del instrumento en su validación original, el SEMCD-S reportó una estructura factorial unidimensional, con cargas factoriales y consistencia interna más elevadas que en la adaptación chilena. El cambio en el estilo de redacción del SEMCD-S y el SEMCD-S-Ch pudiese haber afectar menormente la consistencia en las respuestas, sobre todo al considerar la inversión del enunciado estandarizado en esta última. Por otra parte, si bien las puntuaciones de los ítems fueron homologables, en nuestro estudio en todos los ítems se observó una puntuación media por sobre el punto medio, con una clara tendencia hacia una autoeficacia elevada. Una posible explicación puede ser que los participantes en la muestra chilena recibieron mayor apoyo en el manejo de sus enfermedades crónicas e integraban grupos orientados a esto, junto con encontrarse bajo control en CESFAM.

Una de las limitaciones del estudio es que poco menos de la mitad de las personas pudieron mantener satisfactoriamente el objetivo del cuarto ítem en la versión adaptada del instrumento. Por lo tanto, futuros estudios deben reevaluar y mejorar la redacción del ítem. Por otra parte, las propiedades psicométricas del SEMCD-S-Ch requieren ser confirmadas en una muestra probabilística y de mayor tamaño, emulando

el tamaño muestral del estudio de validación original<sup>11</sup>. Otra limitación de este estudio fue la imposibilidad de incorporar una medida independiente de autoeficacia para comparar el rendimiento del SEMCD-S-Ch y evaluar su validez de constructo. A pesar de ello, el SEMCD-S-Ch se presenta como un instrumento para la evaluación breve, competente, confiable, y general de la autoeficacia en personas con enfermedades crónicas que se encuentran bajo control en la atención primaria de salud. Otra limitación fue no incluir un profesional del área de la lingüística aplicada, dada la naturaleza del estudio. Debido al papel fundamental que la autoeficacia juega en la promoción de estilos de vida saludables<sup>8</sup>, el SEMCD-S-Ch puede ser útil como instrumento de tamizaje para decidir si algún paciente con enfermedades crónicas requiere de mayores apoyos para mejorar su autoeficacia.

## Agradecimientos

Agradecimientos a los directivos y profesionales de los CESFAM La Florida, CSEFAM Villa O'Higgins y CESFAM Ancora Juan Pablo II. En especial a la Fundación Me Muevo por la capacitación de líderes que ejecutaron los talleres de automanejo del programa "Tomando Control de su Salud". Agradecimientos especiales a Kate Lorig, una de las autoras del instrumento original y de su validación al español por autorizar esta adaptación del instrumento para la población chilena.

## Referencias

1. Margozzini P, Passi Á. Encuesta Nacional de Salud, ENS 2016-2017: un aporte a la planificación sanitaria y políticas públicas en Chile. *ARS MEDICA Rev Ciencias Médicas*. 2018;43(1):30-4.
2. Ministerio de Salud de Chile. Encuesta Nacional de Salud 2016-2017 Primeros resultados [Internet]. Departamento de Epidemiología, División de Planificación Sanitaria, Subsecretaría de Salud Pública. 2017. p. 61. Available from: [http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17\\_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf](http://web.minsal.cl/wp-content/uploads/2017/11/ENS-2016-17_PRIMEROS-RESULTADOS.pdf)
3. Lawless MT, Tieu M, Feo R, Kitson AL. Theories of self-care and self-management of long-term conditions

- by community-dwelling older adults: A systematic review and meta-ethnography. *Soc Sci Med* [Internet]. 2021;287(September):114393. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.114393>
4. Coulter A PR. Cochrane Database of Systematic Reviews Personalised care planning for adults with chronic or long-term health conditions (Review) Personalised care planning for adults with chronic or long-term health conditions. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2015;2017(12):CD010523. Available from: [www.cochranelibrary.com](http://www.cochranelibrary.com)
  5. Bandura A. Self-Efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychol Rev*. 1977;84:191–215.
  6. Kim S, Park M, Song R. Effects of self-management programs on behavioral modification among individuals with chronic disease: A systematic review and meta-analysis of randomized trials. *PLoS One* [Internet]. 2021;16(7 July):1–16. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0254995>
  7. Sheeran P, Maki A, Montanaro E, Avishai-Yitshak A, Bryan A, Klein WMP, et al. The impact of changing attitudes, norms, and self-efficacy on health-related intentions and behavior: A meta-analysis. *Heal Psychol*. 2016;35(11):1178–88.
  8. Ashford S, Edmunds J, French DP. What is the best way to change self-efficacy to promote lifestyle and recreational physical activity? A systematic review with meta-analysis. *Br J Health Psychol*. 2010;15(2):265–88.
  9. McCalla MM, Jones DW, Grice R, Love M, Love C, Lammert L, et al. Feasibility of a Cinematic-Virtual Reality Training Program for Health Professional Students: A Single-Arm Pre-Post Study. *J Diabetes Sci Technol*. 2023;17(5):1181–9.
  10. Frei A, Svarin A, Steurer-Stey C, Puhan MA. Self-efficacy instruments for patients with chronic diseases suffer from methodological limitations - A systematic review. *Health Qual Life Outcomes*. 2009;7:86.
  11. Ritter PL, Lorig K. The English and Spanish Self-Efficacy to Manage Chronic Disease Scale measures were validated using multiple studies. *J Clin Epidemiol* [Internet]. 2014;67(11):1265–73. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jclinepi.2014.06.009>
  12. Ministerio de Salud (MINSAL). Estrategia de cuidado integral centrado en las personas para la promoción, prevención y manejo de la cronicidad en contexto de multimorbilidad. Ministerio de Salud. 2021. 80 p.
  13. Eremenco S, Pease S, Mann S, Berry P. Patient-reported outcome (PRO) consortium translation process: Consensus development of updated best practices. *J Patient-Reported Outcomes*. 2018;2.