

Influencia de la Percepción de la Incapacidad Vocal y de la Autoeficacia de Profesionales de la Voz en la Participación de un Programa Preventivo Vocal en la Provincia de Concepción - Chile, 2016-2017

Influence of Voice Handicap and Self-efficacy Perception in Professional Voice Users on the Participation in a Preventive Voice Program, Province of Concepción - Chile 2016-2017

Ionara Troncoso-Muñoz

TRONCOSO-MUÑOZ, I. Influencia de la percepción de la incapacidad vocal y de la autoeficacia de profesionales de la voz en la participación de un programa preventivo vocal en la Provincia de Concepción - Chile 2016-2017. *J. health med. sci.*, 4(2):101-108, 2018.

RESUMEN: La motivación y el grado de conocimiento son determinantes para cambiar hábitos y comportamientos. Al tomar una decisión saludable se debe considerar la percepción de susceptibilidad y severidad de la enfermedad, los beneficios y las barreras, además de la autoeficacia para incluir la percepción que tiene el sujeto de sí mismo. En Chile, las laringopatías se encuentran en el tercer lugar entre las enfermedades profesionales más prevalentes afectando mayormente a quienes utilizan su voz como herramienta de trabajo. Los objetivos de esta investigación fueron determinar la correlación entre incapacidad vocal y adherencia a un programa preventivo vocal, y determinar la correlación entre autoeficacia y adherencia a un programa preventivo vocal. Se realizó un estudio cuantitativo transversal en la Provincia de Concepción en una muestra de 135 participantes, conformada por técnicos en educación parvularia y educadoras de párvulos. Se aplicaron los instrumentos de Índice de incapacidad vocal y Escala de autoeficacia generalizada, luego se impartió un programa preventivo vocal donde se midió la participación a éste. Los resultados arrojaron un promedio de $34,40 \pm 1,06$ puntos y un coeficiente de variación de 12,1 % en la escala de autoeficacia generalizada, respecto al índice de incapacidad vocal, se obtuvo un promedio de $22,94 \pm 16,65$ puntos y un 72,6 % de coeficiente de variación. El 22,96 % presentó adherencia total, el 51,85% presentó adherencia parcial y el 25,19 % presentó nula adherencia. Respecto a la correlación entre autoeficacia generalizada y adherencia al programa preventivo vocal se obtuvo un resultado de ($r = -0,194$); en cuanto a la correlación entre incapacidad vocal y adherencia los resultados indican ($\chi^2 = 3,234$; $p = 0,519$) y ($T = 0,057$). Se puede concluir que en este estudio no se encontró una correlación significativa entre adherencia y autoeficacia generalizada, así como tampoco entre adherencia e incapacidad vocal.

PALABRAS CLAVE: promoción de la salud, fonoaudiología, autoeficacia, incapacidad vocal, profesionales de la voz.

INTRODUCCIÓN

La motivación y el grado de conocimiento sobre una afección son parte de los determinantes a la hora de cambiar los hábitos y comportamientos que se tienen ante esta misma. Según esta mirada, una persona sólo aceptará realizar un cambio de estilo de vida o abrazar una restricción impuesta por un tratamiento si es capaz de percibir las posibilidades de riesgos que implicaría el no asumir este

cambio, sopesando los costos y beneficios que esta decisión conlleva. Por lo tanto, mientras los implicados no estén conscientes de los riesgos que enfrentan, y no se consideren susceptibles de complicaciones, es poco probable que se adhieran a los requerimientos terapéuticos, pues no valoran los beneficios que les traen (Karinson & Agardh, 1997; García, 1998).

El modelo de creencia en salud viene a ser un patrón teórico, que busca explicar y predecir el comportamiento de las personas ante un evento que afecte a su salud. Fue creado por Rosenstock en los años 50 en respuesta a la falta de un programa de control para la tuberculosis. Las características primordiales que debe considerar todo sujeto al tomar decisiones que afecten su salud, según el modelo de creencia en salud, son: la percepción de susceptibilidad a la enfermedad, la percepción de severidad de la enfermedad, beneficios potenciales de la conducta a adquirir y barreras que dificultan la adopción del nuevo patrón saludable (Rosenstock, 1974; Becker, 1974).

Según el modelo de creencia en salud, al enfocarse en cómo la persona ve la realidad tomando en cuenta sus preferencias individuales, se vuelve relevante incluir la percepción que tiene el sujeto de sí mismo para realizar diversas actividades y su capacidad de tomar una decisión determinada. Esto se puede observar en el término de autoeficacia desarrollado en el año 1974 por Bandura quien la define como "la creencia en la propia capacidad de organizar y ejecutar las acciones necesarias para alcanzar los logros deseados". Se puede hipotetizar que las expectativas de la autoeficacia determinan cuándo se inician las conductas a replicar, cuánto esfuerzo se invertirá en realizar estos cambios y cuánto tiempo podrán ser sostenidas a pesar de los obstáculos y las situaciones adversas enfrentadas (Bandura, 1982).

La falta de adherencia a los tratamientos constituye un problema prioritario para los profesionales tratantes como para las instituciones relacionadas en salud, pues el incumplimiento del tratamiento induce a una reducción de la calidad de vida de los pacientes, escasos resultados en las terapias y el incremento del gasto sanitario tanto de los usuarios como también de las entidades sanitarias (OMS, 2003).

En Chile, las laringopatías se encuentran en el tercer lugar entre las enfermedades profesionales más prevalentes (García, 2011), siendo la disfonía la manifestación que más advierten los pacientes, especialmente la soplosidad, tensión y alteración de la frecuencia fundamental en la voz, sirviendo como factores predictivos para la carga psicológica y emocional que conlleva presentar este trastorno, el cual toma importancia al transformarse en una discapacidad cuando las personas se desenvuelven en actividades familiares, sociales y laborales (Sanz *et al.*, 2015; Elhendi *et al.*, 2012).

En el ámbito laboral, la disfunción vocal tiende a afectar mayormente a quienes utilizan su voz como herramienta de trabajo, dentro de estos profesionales de voz se menciona a las educadoras de párvulos, quienes con el apoyo de la auxiliar, asume la educación y el desarrollo de las capacidades, habilidades y aptitudes de los párvulos de manera integral en todas las áreas de sus vidas futuras, debiendo realizar cambios frecuentes en el tono e intensidad de la voz sin previa preparación, teniendo escaso conocimiento sobre la salud vocal para ejercer su rol profesional. Todo esto, sumado a estar sometidas a intensas jornadas laborales, falta de pausas activas y la escasa preocupación por el cuidado de su voz, logra que se manifieste en muchos casos disfonía por sobreuso, abuso y mal uso de la voz. Los docentes con disfonía manifestaron tener conocimiento de su dificultad desde que ésta inició, pero no contaron con las herramientas suficientes para cuidar de su voz (Barreto-Munévar *et al.*, 2011; Rincón, 2014; Petter *et al.*, 2006).

A partir de estas problemáticas, se vuelve relevante el conocer qué correlación existe entre la promoción de la salud vocal y los distintos componentes perceptivos con respecto a decidir prevenir o concientizarse sobre las patologías vocales. Por lo que los objetivos de este estudio fueron determinar la correlación entre incapacidad vocal y adherencia a un programa preventivo vocal, y determinar la correlación entre autoeficacia y adherencia a un programa preventivo vocal.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio cuantitativo no experimental transversal en la Provincia de Concepción de la Región del Biobío. La muestra fue seleccionada por conveniencia siendo conformada por 135 mujeres de 10 jardines infantiles, de las cuales 87 eran técnicos en educación parvularia y 48 eran educadoras de párvulos.

Los criterios de inclusión fueron: poseer título de educadora de párvulos o técnico en educación parvularia, ejercer en jardín infantil clásico de administración directa de la Junta Nacional de Jardines Infantiles y firmar la carta de consentimiento informado.

Procedimiento

El estudio fue aprobado tanto por el Comité de Ética de la Universidad Católica de la Santísima Con-

cepción, como por el Comité del Magíster en Promoción de Salud Familiar y Comunitaria de la misma institución. Se invitó a participar a técnicos en educación parvularia y educadoras de párvulos de 10 jardines infantiles, aplicándose el cuestionario de datos sociodemográficos, el índice de incapacidad vocal y la escala de autoeficacia generalizada. Se impartió el programa preventivo vocal con una duración de tres sesiones en cada jardín infantil, donde las participantes se registraron en cada charla para medir la adherencia a participar en las mismas.

Instrumentación

Antes de iniciar el programa preventivo vocal, se aplicaron tres instrumentos de medición: un cuestionario para recopilar información sobre las características sociodemográficas de la muestra y dos pruebas estandarizadas autoadministradas. Finalmente, la adherencia fue medida mediante una hoja de registro de asistencia que cada persona firmaba al momento de asistir a la sesión.

Índice de incapacidad vocal (VHI por sus siglas en inglés) se encuentra adaptado y validado por Núñez-Batalla *et al.* (2007). Permite medir el impacto percibido y el comportamiento que tiene la voz del usuario en distintas situaciones. Consta de 30 preguntas las cuales se agrupan en las subescalas funcional, física y emocional que abarcan 10 ítems cada una. Las respuestas se realizan mediante la medición de la escala de Likert que va desde 0 (nunca) hasta 4 (siempre). La puntuación máxima que se puede obtener por ítem es de 40 puntos, pudiendo clasificar el resultado en 3 grupos de incapacidad según el puntaje obtenido: leve (< 20 puntos), incapacidad moderada (21-30 puntos) e incapacidad severa (> de 30 puntos). La sumatorio de las 3 escalas puede dar un máximo de 120 puntos y con esto clasificar la incapacidad vocal como leve (< 30 puntos), moderada (31-60 puntos), severa (61-90 puntos) y grave (91-120 puntos).

Escala de autoeficacia generalizada fue desarrollada en 1979 por Schwarzer y Jerusalem para posteriormente ser adaptada al español en 1993 por Baessler y Schwarzer y validada en 2010 para la población chilena por Cid *et al.* (2010). Permite medir la percepción que tiene la persona respecto de sus capacidades para manejar en su vida diaria diferentes situaciones estresantes. Esta escala se conforma de 10 preguntas con un puntaje mínimo de 10 puntos y un máximo de 40 puntos, las respuestas son registra-

das en formato Likert donde van desde 1 (incorrecto) hasta 4 (cierto). Entre mayor sea el puntaje obtenido, mayor autoeficacia general será la percibida.

Análisis estadístico

La información recolectada fue analizada estadísticamente mediante el programa estadístico computacional SPSS versión 23.0. Los datos fueron estudiados descriptivamente considerando el mínimo, máximo, mediana, media, desviación estándar y coeficiente de variación de las variables. Para el análisis bivariado, se utilizó el coeficiente de relación de Spearman para correlacionar las variables de autoeficacia generalizada y la adherencia al programa preventivo vocal y, la prueba de Chi-cuadrado para la determinar si existió correlación entre la incapacidad vocal y la adherencia al programa preventivo vocal. Además, en este último caso los resultados se acompañaron de un coeficiente Tau-b de Kendall para complementar el nivel de relación existente entre ambas variables.

RESULTADOS

Todos los participantes del estudio eran de sexo femenino. Se pudo observar que el 48,89 % de la muestra correspondió a personas solteras, mientras que un 39,26 % son casadas y el 11,85 % restante tiene otro tipo de vínculo (Tabla I).

Se tiene que la cantidad media de hijos fue de $1,29 \pm 1,06$ hijos, con un mínimo de cero, y un máximo de cuatro, el porcentaje del coeficiente de variación (82,2 %) sugiere una alta heterogeneidad. La edad media de esta muestra se encuentra entre $36,6 \pm 11,1$ años, la mediana indica que la mitad inferior estaba entre 19 y 33 años, mientras que la mitad superior estaba entre 33 y 62 años. Respecto de los años de servicio, se registró una media de $12,8 \pm 10,4$, fluctuando entre 1 y 39 años de antigüedad laboral. La mediana indicó que la mitad inferior sólo ha permanecido entre 1 y 9 años, mientras que la mitad superior abarcó entre 9 y 39 años, por lo que se intuyó directamente que la heterogeneidad es muy alta, concretamente corresponde a un porcentaje de variación del 81,2 % (Tabla II).

En cuanto a la escala de autoeficacia generalizada, se obtuvo un puntaje promedio de $34,40 \pm 1,06$ puntos, la mediana indicó que la mitad inferior obtuvo

Tabla I. Recuentos y porcentajes de profesionales de la voz, por estado civil.

Estado Civil	Frecuencia (n = 135)	Porcentaje (%)
Soltero	66	48,89
Casado	53	39,26
Viudo	1	0,74
Separado	10	7,41
Otro	5	3,70

entre 20 y 36 puntos, mientras que la mitad superior obtuvo entre 36 y 40 puntos y se obtuvo un coeficiente de variación de un 12,1 % revelando que los datos se presentan menos alejados entre sí. Respecto del índice de incapacidad vocal, se obtuvo un puntaje promedio de $22,94 \pm 16,65$ puntos, con un mínimo de cero, un máximo de 70 puntos y una mediana de 18 puntos; se observó un 72,6 % de coeficiente de variación por lo que los datos se encontraron dispersos (Tabla III).

En relación con los resultados en las subcategorías de incapacidad vocal (Tabla IV) se destacó el índice de incapacidad vocal en el contexto emocional, ya que tuvo puntajes extremadamente dispersos (150 % de heterogeneidad). Lo anterior, podría deberse a que la mediana indica que la mitad inferior obtuvo entre cero y dos puntos, mientras que la mitad superior obtuvo entre 2 y 26 puntos. De esta muestra pudo observarse que, para los tres indicadores, sobre el 85 % de los profesionales percibieron tener incapacidad vocal leve, que es el mejor diagnóstico para poder desempeñarse; sin embargo, 33 de ellos se calificaron de manera moderada en el índice total, representando un 24,44 %.

Se destaca que el 22,96 % de la muestra participó totalmente del programa preventivo vocal, mientras que el 51,85 % asistió parcialmente (1 a 2 sesiones) y el 25,19 % no acudió a los tres talleres que componen dicho programa.

Respecto a la correlación entre las variables de autoeficacia generalizada y la adherencia al programa preventivo vocal, mediante la correlación por rangos de Spearman, se observó fue negativa ($r = -0,194$), sin embargo, el vínculo entre estas variables fue débil.

En cuanto a la correlación entre las variables de incapacidad vocal y adherencia al programa preventivo vocal, mediante el uso de Chi-cuadrado acompañado de un coeficiente Tau-b de Kendall, los resultados no fueron estadísticamente significativos ($\chi^2 = 3,234$; $p = 0,519$), no existiendo correlación entre ambas variables; además, el coeficiente Tau-b fue cercano a cero ($T = 0,057$) y no es significativamente distinto de cero ($p = 0,453$), dando cuenta que la incapacidad vocal a medida que sube de categoría, no se correlaciona a una alta adherencia al programa vocal (Tabla V).

DISCUSIÓN

Con respecto al puntaje promedio en la escala de autoeficacia generalizada, se pudo evidenciar que en general se advierte una alta percepción de ésta, ya que en la media se obtuvo 34,4 puntos y que existe

Tabla II. Medidas de tendencia central y dispersión, por variable sociodemográfica.

Variable Sociodemográfica	Promedio	D.E.	C.V.	Mínimo	Mediana	Máximo
Cantidad de Hijos	1,29	1,06	82,2 %	0,00	1,00	4,00
Edad	36,64	11,12	30,3 %	19,00	33,00	62,00
Años de Servicio	12,83	10,41	81,2 %	1,00	9,00	39,00

Tabla III. Medidas de tendencia central y dispersión, por Escala.

Escala	Promedio	D.E.	C. V.	Mínimo	Mediana	Máximo
Autoeficacia	34,40	4,16	12,1 %	20,00	36,00	40,00
VHI Funcional	8,87	5,96	67,2 %	0,00	8,00	27,00
VHI Física	10,16	7,99	78,6 %	0,00	8,00	31,00
VHI Emocional	3,90	5,81	148,5 %	0,00	2,00	26,00
VHI TOTAL (Fun. + Fis. + Emo.)	22,94	16,65	72,6 %	0,00	18,00	70,00

Tabla IV. Recuentos y porcentajes de profesionales, por tipo de incapacidad vocal.

Variable	Frecuencia (n = 135)	Porcentaje (%)
VHI Funcional		
Leve (0 - 19)	124	91,85
Moderada (20 - 30)	11	8,15
Severa (31 - 40)	0	0,00
VHI Física		
Leve (0 - 19)	116	85,93
Moderada (20 - 30)	18	13,33
Severa (31 - 40)	1	0,74
VHI Emocional		
Leve (0 - 19)	130	96,30
Moderada (20 - 30)	5	3,70
Severa (31 - 40)	0	0,00
VHI TOTAL		
Leve (0 - 29)	97	71,85
Moderada (30 - 60)	33	24,44
Severa (61 - 90)	5	3,70
Grave (91 - 120)	0	0,00

Tabla V. Recuentos de profesionales, por nivel de incapacidad vocal, y por adherencia al programa.

Incapacidad vocal	Nivel de adherencia			TOTAL
	Baja (0 sesiones)	Moderada (1 - 2 sesiones)	Alta (3 sesiones)	
Leve	25	47	25	97
Moderada	6	20	7	33
Severa	0	3	2	5
Grave	0	0	0	0
TOTAL	31	70	34	135

homogeneidad de los datos, lo que concuerda con los resultados expuestos en el estudio de Merino & Lucas (2016) quienes encontraron una media de 30,19 puntos en docentes de educación primaria.

En relación con el índice de incapacidad vocal, se observó que el puntaje promedio de 22,94 fue superior a la percepción que obtuvo el estudio realizado por Barbero-Díaz *et al.* (2010), quienes observaron una incapacidad vocal total de 15,4 puntos; además, se evidenció que existía mayor percepción con respecto a la severidad, donde el 24,44 % se calificó con una discapacidad moderada en comparación con el 16,6% del estudio previamente mencionado. Por otra parte, Niebudek-Bogusz *et al.* (2010) en su estudio realizado a profesoras obtuvieron un puntaje de 46,29 en el VHI total, un 21,68 en VHI físico, un 10,6 en VHI funcional y un 14,01 en VHI emocional, lo que contrastó con los datos arrojados en esta investigación, donde

se consiguió un puntaje de 22,94 en VHI total, un 10,16 en VHI físico, un 8,87 en VHI funcional y un 3,9 en VHI emocional, advirtiéndose que en casi todas las subcategorías las cifras se duplicaron, a excepción de la subescala funcional. En la mayoría de los casos no existió similitud de los resultados; sin embargo, cabe mencionar que, el trabajo realizado por Niebudek-Bogusz *et al.* consideraba una población de profesoras que tenía diagnóstico de alguna patología vocal, mientras que en esta investigación se asumió, pero no se descartó, la indemnidad de la voz, por lo que esta variación podría afectar la congruencia entre ambas investigaciones.

Es difícil comparar los resultados con las contribuciones desarrolladas por otros autores debido a los escasos estudios encontrados sobre los factores que influyen en la adquisición de una conducta saludable para prevenir una patología en el ámbito de la

fonoaudiología; es por este motivo que se indaga sobre la adherencia, o participación, a un tratamiento y la correlación que poseen con la autoeficacia o la percepción de la enfermedad en otros contextos del área de la salud.

En relación con la percepción de la autoeficacia generalizada y la adherencia a un programa preventivo vocal, los resultados mostraron, mediante la correlación de Spearman, que fue negativa ($r = -0,194$), es decir, que no existió una correlación. Al respecto, la literatura muestra resultados diversos. Por una parte, Cubas (2017) concluyó que no hay relación entre la conducta preventiva de realizar actividad física y la autoeficacia, lo que concuerda a lo observado en este estudio. Por otro lado, estudios realizados por Carpi *et al.* (2010) y Bustamante (2017) encontraron asociación de estas variables, indicando que es un predictor para esta conducta y que existe un grado de efectividad en su realización; observaron, además, que a medida que aumenta la autoeficacia, también lo hace la frecuencia y constancia con la que se efectúa la actividad física.

En cuanto a la correlación de la percepción de la incapacidad vocal y la adherencia de un programa preventivo vocal se obtuvo que, mediante la prueba de chi-cuadrado y su acompañamiento de coeficiente Tau-b de Kemdall, resulta no ser estadísticamente significativa ($\chi^2 = 3,234$; $p = 0,519$), no habiendo una correlación entre ambas variables. Este resultado se condice con lo presentado por Hernández (2015) quien concluye que no existe relación entre el estado de salud medido con la adherencia al tratamiento. Sin embargo, no concordaría con los resultados encontrados por Salvador & Ayesta (2009) quien postula que no existe adherencia al tratamiento de tabaquismo puesto que no se percibe la importancia de la severidad de los daños, por lo que ambas variables se correlacionan; esto se vuelve a observar en los estudios de Milà *et al.* (2012) y Pérez *et al.* (2016) quienes también discrepan con los resultados de esta investigación evidenciando que si existe asociación entre las variables de percepción de la enfermedad, o de la severidad de la misma, y la adherencia. Además, cabe destacar que indican que esta correlación puede deberse a los componentes del Modelo de Creencia en Salud ya que, a menor percepción de riesgo de la enfermedad, o de severidad de esta, también será menor la adherencia y las conductas preventivas, pero no desconocen la influencia de otros factores en el cambio a un comportamiento más saludable.

CONCLUSIONES

Con relación a la percepción de la autoeficacia generalizada, se puede observar que al obtener un promedio de 34,4, una mediana de 36 puntos y un coeficiente de variación de 12,1 %, los resultados son homogéneos y que existe una alta percepción de la autoeficacia generalizada.

Con respecto a las subcategorías de la incapacidad vocal percibida, se puede concluir que existe una mayor afección en el ámbito físico con un promedio de 10,16 puntos, seguido por el funcional con 8,87 puntos y finalmente el emocional con 3,9 puntos y que, en relación con el grado de severidad, se evidencia que gran parte de los participantes perciben una incapacidad vocal leve, por lo que no se apreciarían afecciones de manera significativa.

Alrededor de la mitad de los participantes presentan una adherencia moderada en el programa preventivo vocal asistiendo entre 1 a 2 sesiones, seguido se encuentran quienes participaron en la totalidad de las sesiones que componen el programa preventivo y finalmente se ubican quienes, a pesar de inscribirse para acudir a las intervenciones, no concurrieron.

En cuanto a la correlación entre la percepción de la autoeficacia generalizada y la adherencia al programa preventivo vocal se puede declarar que no existe una correlación significativa; situación que se reitera al realizar la correlación entre la percepción de incapacidad vocal y la adherencia al programa preventivo vocal.

Entre las limitaciones que se pudieron observar durante la investigación, se evidenció rotación y ausencia de las profesionales en los jardines infantiles a causa de las constantes licencias presentadas, provocando la falta de permanencia en su puesto laboral durante el periodo de ejecución del programa preventivo vocal. Además, cabe mencionar que, mientras se desarrolló esta actividad, se realizó un paro a nivel nacional de los empleados públicos lo que produjo que el proceso de recopilación de datos haya quedado pausado.

AGRADECIMIENTOS

Se agradece a la Junta Nacional de Jardines Infantiles (JUNJI) por permitirme realizar esta investigación en la institución, a las directoras de cada esta-

blecimiento y, por sobre todo, a las educadoras de párvulos y técnicos en educación parvularia por su apoyo y disposición a participar. Se agradece a Érik Álvarez Mabán, por su constante guía y dedicación desde el comienzo para llevar a cabo este documento.

TRONCOSO-MUÑOZ, I. Influence of voice handicap and self-efficacy perception in professional voice users on the participation in a preventive voice program, Province of Concepción - Chile, 2016-2017. *J. health med. sci.*, 4(2):101-108, 2018.

ABSTRACT: The motivation and the degree of knowledge are decisive to change habits and behaviors. When making a healthy decision should be considered the perception of susceptibility and severity of the disease, benefits and barriers, in addition to self-efficacy to include the perception that the subject has of itself. In Chile, laryngopathies are in the third place among the most prevalent occupational diseases, affecting mainly those who use their voice as a work tool. The objectives of this research were to determine the correlation between vocal incapacity and adherence to a vocal preventive program, and to determine the correlation between self-efficacy and adherence to a vocal preventive program. A cross-sectional quantitative study was carried out in the Province of Concepción in a sample of 135 participants, consisting of nursery education technicians and nursery teachers. The instruments of Vocational Disability Index and Generalized Self-Efficacy Scale were applied, then a vocal preventive program was given where the participation to it was measured. The results showed an average of 34.40 ± 1.06 points and a coefficient of variation of 12.1% in the scale of generalized self-efficacy, with respect to the index of vocal disability, an average of 22.94 ± 16.65 was obtained. points and a 72.6% coefficient of variation. 22.96% presented total adherence, 51.85% presented partial adherence and 25.19% presented no adherence. Regarding the correlation between generalized self-efficacy and adherence to the vocal preventive program, a result of ($r = -0.194$) was obtained; Regarding the correlation between vocal disability and adherence, the results indicate ($X^2 = 3.234$; $p = 0.519$) and ($T = 0.057$). It can be concluded that in this study there was no significant correlation between adherence and generalized self-efficacy, nor between adherence and vocal disability.

KEYWORDS: health promotion, phonoaudiology, self-efficacy, vocal incapacity, voice professionals.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bandura, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychol. review*, 84(2):191-215, 1977.
Bandura, A. The assessment and predictive generality of self-percepts of efficacy. *J. behav. Ther. Exp. Psychiat.*, 13(3):195-9, 1982.

Barbero-Díaz, F.; Ruiz-Frutos, C.; Barrio, A. Bejarano, E. & Alarcón, A. Incapacidad vocal en docentes de la provincia de Huelva. *Med. segur. trab.*, 56(218):39-48, 2010.
Barreto-Munévar, D. P.; Cháux-Ramos, O. M.; Estrada-Rangel, M. A.; Sánchez-Morales, J.; Moreno-Angarita, M. & Camargo-Mendoza, M. Factores ambientales y hábitos vocales en docentes y funcionarios de pre-escolar con alteraciones de voz. *Rev. salud pública*, 13(3):410-20, 2011.
Becker, M. H. The health belief model and personal health behaviors. *Health education monographs winter*, 2:220-43, 1974.
Bustamante, T. Autoeficacia en el adulto mayor y su relación con la actividad física. Tesis para obtener el grado en Magister en Enfermería. Universidad de Concepción, Chile, 2017. Disponible en: http://repositorio.udec.cl/bitstream/handle/11594/2166/Tesis_autoeficacia_en_el_adulto_mayor.pdf.
Carpi, A.; González, P.; Zurriaga, R.; Marzo, J. & Buunk, A. Autoeficacia y percepción de control en la prevención de la enfermedad cardiovascular. *Univ. Psychol.*, 9(2):423-32, 2010.
Cid, P.; Orellana, A. & Barriga, O. Validación de la escala de autoeficacia general en Chile. *Rev. méd. Chile*, 138(5):551-7, 2010.
Cubas, W. Relación entre actividad física y su autoeficacia en estudiantes de nutrición de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2015. Tesis para obtener el grado de Licenciado en Nutrición. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, 2017. Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/6185/1/Cubas_cw.pdf.
Elhendi, W.; Caravaca, A. & Santos, A. Medición de la discapacidad vocal en los pacientes con disfonías funcionales. *Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello*, 72(2):145-50, 2012.
García, A. Análisis de las enfermedades profesionales en la Asociación Chilena de Seguridad (ACHS): Descripción de la situación en el periodo 1995-2009. *Cienc. Trab.*, 13(40):107-12, 2011.
García, R. Programa de educación en diabetes en Cuba: Filosofía, métodos y líneas de trabajo. *Rev. asoc. latinoamericana en diabetes*, 6(supl 55):125, 1998.
Hernández, D. Relación entre estados de salud y riesgos de no adherencia al tratamiento en pacientes en rehabilitación cardiaca. *Av. Enferm.*, 33(1):114-23, 2015.
Karinson, B. & Agardh, C. D. Burden of illness, metabolic control and complications in relation to depressive symptoms in IDDM patients. *Diabet Med.*, 14(12):1066-72, 1997.
Merino, E. & Lucas, S. La autoeficacia y la autorregulación como variables moderadoras del estrés laboral en docentes de educación primaria. *Univ. Psychol.*, 15(1): 205-18, 2016.
Milà, N.; García, M.; Binefa, G.; Borràs, J.; Espinàs, J. & Moreno, V. Adherencia al programa poblacional de detección precoz de cáncer colorrectal en Cataluña, 2000-2008. *Gac. Sanit.*, 26(3):217-22, 2012.
Niebudek-Bogusz,.; Woznicka, E.; Zamysłowska-Szmytko, E. & Sliwinska-Kowalska, M. Correlation between acoustic parameters and voice handicap index in dysphonic teachers. *Folia Phoniatr. Logop.*, 62(1-2):55-60, 2010.
Núñez-Batalla, F.; Corte-Santos, P.; Señaris-González, B. Llorente-Pendás, J. L.; Górriz-Gil, C.; Suárez-Nieto, C. Adaptación y validación del índice de incapacidad vocal (VHI-30) y su versión abreviada (VHI-10) al español. *Acta otorrinolaringol. esp.*, 58(9):386-92, 2007.
Organización Mundial de la Salud (OMS). Adherence to long-term therapies: Evidence for action. Organización Mundial de la Salud, 2003. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42682/1/9241545992.pdf>.
Pérez, E.; Soler, Y. & Morales, L. Adherencia terapéutica y creencias sobre su salud en pacientes hipertensos. *Medisan*, 20(1):3-9, 2016.

Petter, V.; Barros, P. & Fisher, P. *Relación entre disfonía referida y potenciales factores de riesgo en el trabajo de profesores de la enseñanza fundamental, Porto Alegre – RS*. Salud de los trabajadores, 14(2):5-12, 2006.

Rincón, M. Influencia de los factores intrínsecos en la producción de la voz de docentes de educación básica primaria. *Rev. CEFAC*, 16(5):1589-1605, 2014.

Rosenstock, I. Historical origins of the health belief model. *Health education monographs*, 2(4):328-35, 1974.

Salvador, M. & Ayesta, F. La adherencia terapéutica en el tratamiento del tabaquismo. *Psychosocial intervention*, 18(3):233-44, 2009.

Sanz, L.; Rodríguez, M.; Bau, P. & Rivera, T. *Disfonía. Medicine*, 11(91):5433-44, 2015.

Dirección para correspondencia:

Ionara Troncoso Muñoz
Universidad Católica de la Santísima Concepción
Concepción
CHILE

Email: itroncoso@magister.ucsc.cl

Recibido : 09-02-2018

Aceptado: 20-03-2018