ARTÍCULO ORIGINAL / ORIGINAL ARTICLE

DOI: https://doi.org/10.20453/rnp.v89i4.6815

Autoeficacia y fobia social en población adulta de Lima Metropolitana y Callao

Self-efficacy and social phobia in the adult population of Metropolitan Lima and Callao

Martin Clímaco Padilla-Lay[1], *Yolanda Isabel Robles-Arana*[1]

RESUMEN

Objetivo: Determinar la asociación entre la autoeficacia (AE) y la fobia social (FS) en adultos de Lima Metropolitana y Callao, así como con las variables sociodemográficas. **Materiales y métodos:** Análisis secundario de datos a partir del Estudio Epidemiológico de Salud Mental realizado por el Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi» en 2012. La muestra incluyó a 3595 adultos entre 18 y 59 años. Se empleó la Escala de Autoeficacia General y la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI). **Resultados:** La prevalencia anual de FS fue de 2,3 % y la mayoría de los participantes presentaron niveles entre moderados y altos de AE. Se encontró una correlación biserial puntual negativa, estadísticamente significativa y de magnitud pequeña entre AE y FS (r_{pb} = –0,076; p < 0,01). La AE mostró asociación con sexo, edad, estado civil, nivel educativo y condición de pobreza (p < 0,05), mientras que la FS solo se asoció con nivel educativo (p = 0,032). En el modelo de regresión logística, la AE baja se asoció con una mayor probabilidad de presentar FS (OR = 3,40; IC 95 %: 1,63-7,09), aunque el poder explicativo global fue limitado. **Conclusiones:** Se identificó una asociación estadísticamente significativa, aunque de magnitud pequeña, entre AE y FS en población adulta de Lima Metropolitana y Callao. Debido al diseño transversal y el bajo poder explicativo del modelo, los resultados deben interpretarse como evidencia de asociación y no de causalidad. A su vez, estos hallazgos sugieren la conveniencia de explorar el papel de la AE en futuras investigaciones relacionadas con la FS.

Palabras clave: autoeficacia; fobia social; correlación; salud mental.

ABSTRACT

Objective: To determine the association between self-efficacy (SE) and social phobia (SP) among adults in Metropolitan Lima and Callao, as well as their relationships with sociodemographic variables. **Methods:** A secondary analysis of data from the Mental Health Epidemiological Study conducted by the National Institute of Mental Health in 2012. The sample included 3,595 adults aged 18 to 59 years. The General Self-Efficacy Scale and the Mini International

Citar como:
Padilla-Lay MC, Robles-Arana YI. Autoeficacia y fobia social en población adulta de Lima Metropolitana y Callao. Rev Neuropsiquiatr. 2026; 89(4): 387-398. DOI: 10.20453/rnp.v89i4.6815

Recibido: 23-07-2025
Aceptado: 15-03-2026
En línea: 27-11-2026

Correspondencia:
Martin Clímaco Padilla-Lay
mpadilla@insm.gob.pe

Artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

© Los autores

[1] Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi», Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada. Lima, Perú.

Neuropsychiatric Interview (MINI) were used. **Results:** The 12-month prevalence of SP was 2.3%. Most participants showed moderate to high levels of SE. A small, negative, statistically significant point-biserial correlation was found between SE and SP (r_{pb} = –0.076; p < 0.01). SE was associated with sex, age, marital status, educational level, and poverty status (p < 0.05), whereas SP was only associated with educational level (p = 0.032). In the logistic regression model, low SE was associated with higher odds of SP (OR = 3.40; 95% CI: 1.63-7.09), although the overall explanatory power was limited. **Conclusions:** A statistically significant, albeit small, association was identified between SE and SP among adults in Metropolitan Lima and Callao. These findings should be interpreted as evidence of association rather than causation, given the cross-sectional design and the limited explanatory power of the model. The results suggest the relevance of further exploring the role of self-efficacy in future research on social phobia.

Keywords: self-efficacy; social phobia; correlation; mental health.

INTRODUCCIÓN

La autoeficacia (AE), un constructo central en la teoría cognitiva social propuesta por Albert Bandura (1), se ha convertido en un tema de creciente interés en la investigación científica, particularmente en el ámbito de la promoción de la salud y el bienestar. Definida como la creencia que posee un individuo en su capacidad para llevar a cabo acciones específicas y enfrentar desafíos con el fin de alcanzar resultados deseados (2), desempeña un papel fundamental en la toma de decisiones y en la adopción de comportamientos saludables, al influir en la percepción de las personas sobre su capacidad para controlar su entorno y su salud.

Desde la perspectiva de Bandura, la AE no se fundamenta en los recursos reales del individuo, sino en sus creencias sobre su capacidad para emplearlos eficazmente. Esta conceptualización ha sido enriquecida por contribuciones posteriores, como las de Caro (3), quien destaca la importancia de distinguir entre expectativas de eficacia y expectativas de resultado, subrayando su interdependencia; mientras que Maddux (4) sistematiza cinco fuentes que nutren estas creencias de AE: resultados previos del desempeño, experiencias vicarias, persuasión verbal, estados emocionales y fisiológicos, y experiencias de visualización.

Estudios epidemiológicos recientes muestran niveles variables de AE. En Perú, el Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi» (INSM «HD-HN») (5) reportó una media de 31,14, siendo mayor en los hombres. Rodríguez (6) encontró, en 226 jóvenes limeños, una media de 30,86 puntos, distribuyéndose en 48,2 % con nivel promedio, 28,3 % con nivel alto y 23,5 % con nivel bajo. En universitarios mexicanos, Salgado-Espinoza y Álvarez (7) hallaron una media de 29,55 (DE = 6,63), lo que sugiere una percepción moderadamente favorable.

Luszczynska et al. (8) presentaron hallazgos sobre los niveles de AE general en muestras de diversos países, incluyendo Alemania, Polonia, Turquía, Costa Rica y Estados Unidos. En la mayoría de las muestras, los hombres presentaron niveles ligeramente superiores en comparación con las mujeres. Las diferencias fueron menores, aunque estadísticamente significativas en algunas muestras. Otros estudios han confirmado en los últimos años que una mayor AE se asocia con menores niveles de depresión y ansiedad, así como con una mejor calidad de vida (9-11). Esto destaca su papel protector en la salud mental y el comportamiento adaptativo (12-14).

Por su parte, la fobia social (FS) constituye un trastorno de ansiedad caracterizado por temores intensos y desproporcionados, así como por alteraciones conductuales que interfieren en el funcionamiento del individuo. Según el DSM-5, el trastorno de ansiedad social, denominado fobia social en la CIE-10, se caracteriza por un miedo o ansiedad intensa en situaciones sociales ante la posibilidad de evaluación negativa, lo que conduce a evitación persistente (≥6 meses) y deterioro funcional significativo (15). En el presente estudio se empleará el término fobia social para referirse al diagnóstico de trastorno de ansiedad social, en concordancia con las clasificaciones internacionales vigentes.

Respecto a la prevalencia de la FS, diversos estudios epidemiológicos reportan estimaciones heterogéneas. Estas discrepancias pueden atribuirse a factores como el uso de diferentes clasificaciones diagnósticas (DSM-IV o CIE-10), variaciones en la operacionalización de los

criterios, diferencias metodológicas en las entrevistas e instrumentos empleados, así como a las características geográficas y sociodemográficas de las muestras estudiadas.

En este contexto, los estudios epidemiológicos muestran un amplio rango de estimaciones de prevalencia de FS. Por ejemplo, un estudio realizado en Estados Unidos en 2005 reportó una prevalencia anual de entre 1,2 y 6,7 %, y una prevalencia de vida de entre 1,9 y 7,2 % en adultos (16). En Perú, un estudio del INSM «HD-HN» encontró una prevalencia de vida de 0,9 %, sin diferencias significativas entre sexos (5). Asimismo, un estudio transnacional de 2017, que incluyó a 142 405 personas de 28 países con distintos niveles de ingreso, halló prevalencias de 1,3 % en los últimos 30 días, 2,4 % en los últimos 12 meses y 4,0 % a lo largo de la vida (17). Particularmente, en diversas poblaciones estadounidenses, se han reportado prevalencias de vida de entre 1,6 y 8 % (18). En general, la evidencia internacional muestra una amplia variabilidad en las estimaciones de prevalencia de FS, que oscilan entre 0,9 % y 12,1 %, lo que subraya la necesidad de desarrollar estudios adicionales en Latinoamérica que empleen metodologías consistentes.

Existen diversos modelos teóricos que intentan explicar los mecanismos subyacentes a la FS. Barlow (19) propone un enfoque basado en vulnerabilidades biológicas y psicológicas, incluyendo factores disposicionales como la vergüenza y la inhibición conductual, que predisponen al individuo a desarrollar FS. Por su parte, el modelo de Clark y Wells (20) se centra en los factores de mantenimiento del trastorno, al destacar la atención autofocalizada y el uso de conductas de seguridad como mecanismos que perpetúan el malestar social. En una línea similar, Rapee y Heimberg (21) enfatizan el papel de la percepción de evaluaciones negativas de los demás, así como también la existencia de una representación mental negativa del propio desempeño durante las interacciones sociales.

La evidencia empírica sugiere que niveles bajos de AE se asocian consistentemente con la presencia de FS, ya que, como sugieren algunas investigaciones, las personas con FS tienden a percibirse menos capaces en situaciones de interacción social, lo que podría constituir un factor de vulnerabilidad y de mantenimiento del trastorno. Específicamente, un estudio realizado por Thomasson y Psouni (22) en una muestra de adultos reveló que niveles bajos de AE se asociaban con un mayor uso de estrategias de afrontamiento disfuncionales en respuesta a la ansiedad ante situaciones sociales. Igualmente, una investigación llevada a cabo por Al-Ruwaili et al. (23) en estudiantes de medicina encontró una correlación negativa entre ansiedad social y AE.

Estos trabajos indican que los niveles bajos de AE que caracterizan a las personas con FS probablemente contribuyen a la perpetuación de síntomas ansiosos y dificultades para manejar interacciones sociales. Desde los modelos cognitivo-conductuales, la reducida confianza en la propia capacidad para desenvolverse socialmente ha sido descrita como un mecanismo implicado en las conductas de evitación y el malestar ante situaciones sociales. Un estudio realizado por Iancu et al. (24) reveló que niveles bajos de AE se asocian significativamente con la FS aún tras controlar variables como la autoestima y la autocrítica. Este hallazgo subraya la relevancia específica e independiente de la AE en la psicopatología de este trastorno.

Los hallazgos existentes sugieren que los niveles bajos de AE constituyen un factor relevante asociado a la FS y que podrían contribuir a la perpetuación de su sintomatología. Al respecto, distintos estudios coinciden en señalar el papel relevante de la AE en el contexto del tratamiento de la FS y de trastornos afines. Asimismo, estos estudios sugieren que niveles más altos de AE se asocian con mayor adherencia y compromiso terapéutico, así como con una disminución de los síntomas de ansiedad social (25, 26). Estos hallazgos destacan el potencial de fortalecer la AE como un mecanismo clave para optimizar los resultados terapéuticos en el abordaje de la FS y otros trastornos comórbidos.

A pesar de la evidencia internacional que respalda la asociación entre la AE y la FS, en el contexto peruano son escasos los trabajos que examinan ambos constructos en población adulta general. La mayor parte de la investigación nacional se ha centrado en muestras clínicas específicas o en poblaciones juveniles, sin incorporar análisis epidemiológicos de base poblacional que permitan estimar la magnitud de esta relación en población comunitaria. En particular, no se han identificado estudios de base poblacional que evalúen simultáneamente la AE general y el diagnóstico de FS mediante una entrevista estructurada en adultos de la comunidad. En consecuencia, persiste un vacío en la literatura local respecto al papel de la AE como variable asociada a la presencia de FS en adultos peruanos, especialmente a partir de datos provenientes de estudios epidemiológicos representativos.

Debido a lo expuesto, el objetivo del estudio fue determinar la asociación entre el AE y la FS en una muestra de adultos de Lima Metropolitana y Callao. Del mismo modo, se buscó aportar evidencia que permita una mayor comprensión del papel de las variables sociodemográficas implicadas en la presencia de FS y generar información relevante para la toma de decisiones orientadas al desarrollo de estrategias de prevención e intervención. Se planteó como hipótesis que niveles más bajos de AE se asociarían con una mayor probabilidad de presentar FS en la población adulta evaluada.

MATERIALES Y MÉTODOS

El presente estudio corresponde a un análisis secundario de datos provenientes del «Estudio Epidemiológico de Salud Mental de Lima Metropolitana y Callao Replicación 2012», realizado por el INSM «HD-HN» (27). Se trata de un diseño observacional, transversal y analítico basado en una muestra probabilística compleja de población adulta residente en viviendas particulares. Para el análisis, la muestra estuvo conformada por 3595 adultos de 18 a 59 años evaluados en el año 2012, donde se excluyeron los distritos de los balnearios del sur (Punta Negra, Punta Hermosa, Pucusana, San Bartolo, y Santa María del Mar) por su baja densidad poblacional.

El diseño muestral fue probabilístico, multietápico y por conglomerados, con selección de unidades primarias con probabilidad proporcional al número de viviendas, seguida de selección de segmentos compactos y selección aleatoria simple de personas. El procedimiento de recolección de datos y las características de los instrumentos aplicados se describen detalladamente en el informe metodológico del estudio original (27). En este caso, se utilizaron los datos correspondientes al segundo módulo, referido a AE, y al cuarto módulo, correspondiente al diagnóstico de FS.

Respecto a los instrumentos utilizados para la recolección de la información, se utilizaron los siguientes:

- *Escala de Autoeficacia General (EAG)*: Instrumento compuesto por diez ítems con formato de respuesta tipo Likert y un rango de puntuación total de 10 a 40 puntos, que evalúa la percepción general de competencia para afrontar situaciones desafiantes. En su adaptación en población de Lima (28) mostró una adecuada consistencia interna (α de Cronbach = 0,927; ω de McDonald = 0,938) y una estructura unifactorial. En el presente estudio, se utilizó el puntaje total como indicador de AE general. Para los análisis estratificados, la AE fue categorizada en tres niveles (baja, media y alta) según puntos de corte definidos a partir de la media y la desviación estándar de la muestra analizada.
- *MINI: Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional versión española CIE-10* (29): Entrevista diagnóstica estructurada que permite la evaluación estandarizada de los principales diagnósticos psiquiátricos según los criterios de investigación de la CIE-10. Ha mostrado adecuada validez y concordancia con entrevistas diagnósticas de referencia. Para el Estudio Epidemiológico de Lima Metropolitana y Callao fue adaptada lingüísticamente a través de un estudio piloto en población local (27). En el presente análisis, se utilizó el diagnóstico de FS correspondiente a prevalencia anual (12 meses), considerado como variable dicotómica (0 = ausencia; 1 = presencia).

Para este estudio, se utilizó la información de la unidad de análisis del adulto respecto a las variables AE, FS y características sociodemográficas. La variable sexo fue obtenida mediante autorreporte y categorizada como hombre o mujer; además, se empleó el término «sexo» en tanto la variable fue recogida como categoría binaria autorreportada en el instrumento original, sin que el diseño del estudio permitiera explorar dimensiones de género. A su vez, la condición de pobreza fue definida conforme a los criterios establecidos en el estudio epidemiológico original, a partir de indicadores socioeconómicos del hogar, que clasificaba a los participantes en «pobre» y «no pobre».

Se seleccionaron los registros que cumplían los criterios de inclusión a partir de la base de datos originales. Se realizó un proceso de depuración para identificar valores perdidos y atípicos. Los casos con datos faltantes en cualquiera de las variables incluidas en los análisis fueron eliminados mediante el procedimiento de eliminación por lista completa (*listwise deletion*), lo que redujo la muestra de 3595 a 3586 participantes. Dado que la proporción de datos faltantes fue baja (0,25 %) y no se identificaron patrones sistemáticos de omisión, es poco probable que esta pérdida afecte de manera relevante la validez interna del estudio.

Si bien el estudio epidemiológico original utilizó un diseño muestral probabilístico complejo por etapas y conglomerados, el presente análisis secundario se realizó empleando la base consolidada sin aplicar ponderaciones ni ajustes por diseño complejo. En

consecuencia, las estimaciones se calcularon bajo el supuesto de muestra simple, lo que podría afectar la estimación de los errores estándar y la precisión de los intervalos de confianza. Debido a que el objetivo principal fue evaluar asociaciones entre variables y no estimar parámetros poblacionales, se optó por este enfoque analítico.

El análisis estadístico incluyó pruebas de chi-cuadrado para variables nominales y correlación biserial puntual o de Spearman para el análisis bivariado. Para evaluar la asociación ajustada entre AE y FS se empleó la regresión logística binaria, estimándose razones de *odds* (OR) con sus respectivos intervalos de confianza al 95 %. Se consideró estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$. Los análisis descriptivos, las correlaciones y la regresión logística se realizaron con el SPSS v. 26 y fueron verificadas mediante la librería *scipy.stats* de Python.

Finalmente, la investigación primaria de la que se toman los datos utilizados fue aprobada por el Comité Institucional de Ética de Investigación del INSM «HD-HN». La recolección de información se realizó mediante entrevista estructurada previo consentimiento informado de los participantes.

RESULTADOS

Variables sociodemográficas

La muestra consideró a 3595 adultos procedentes de Lima Metropolitana y Callao. La tabla 1 describe la distribución en frecuencias y porcentajes de las variables consideradas (sexo, edad, grado de instrucción, estado civil y condición de pobreza).

Autoeficacia

La AE fue medida a través de la Escala de Autoeficacia General (EAG) de Schwarzer y Jerusalem. Sus puntuaciones posibles oscilan entre 10 y 40 puntos. El puntaje promedio en la muestra fue de 34,56 (DE = 5,01). Considerando estos valores, la muestra se distribuyó en tres niveles de AE: 542 (15,1 %) con nivel bajo, 2129 (59,2 %) con nivel medio y 924 (25,7 %) con nivel alto.

La AE mostró asociaciones estadísticamente significativas con el sexo, la edad, el grado de instrucción, el estado civil y condición de pobreza ($p < 0,05$). No obstante, la magnitud de estas asociaciones fue predominantemente pequeña, con excepción del grado de instrucción, que mostró una asociación de magnitud moderada ($r_s = 0,22$) (tabla 2). Estos hallazgos indican que la AE se relaciona con diversos factores sociodemográficos, siendo el nivel educativo la variable con mayor fuerza de asociación en la muestra analizada.

Tabla 1. Variables sociodemográficas de estudio (n = 3595).

Variables sociodemográficas	n	%
Sexo		
Hombre	1504	41,8
Mujer	2091	58,2
Edad		
18-29 años	1177	32,7
30-39 años	1061	29,5
40-49 años	781	21,7
50-59 años	576	16,0
Grado de instrucción		
Sin instrucción/primaria	333	9,3
Secundaria	1788	49,7
Superior no universitaria	771	21,4
Superior universitaria	653	18,2
Posgrado	50	1,4
Estado civil*		
Conviviente	1162	32,3
Separado(a)/divorciado(a)/viudo(a)	603	16,8
Casado(a)	901	25,1
Soltero(a)	927	25,8
Condición de pobreza		
Pobre	984	27,4
No pobre	2611	72,6
Total	3595	100 %

*En la variable estado civil se registraron dos valores perdidos, por lo que las frecuencias y los porcentajes se calcularon sobre 3593 respuestas válidas.

Tabla 2. Asociación entre la autoeficacia y las variables sociodemográficas.

Variables sociodemográficas	Autoeficacia*		Estadístico	p valor
	Media	DE		
Sexo				
Hombre	35,09	4,81	r_{pb} = –0,08	<0,001
Mujer	34,18	5,12		
Edad				
18-39 años	34,42	5,01	r_s = 0,04	0,014
40-59 años	34,79	5,02		
Grado de instrucción				
Sin instrucción/inicial/primaria	32,28	5,48		
Secundaria	33,95	5,11		
Superior no universitaria	35,52	4,58	r_s = 0,22	<0,001
Superior universitaria	36,07	4,21		
Posgrado	37,16	4,65		
Estado civil				
Conviviente	34,17	5,20		
Separado(a)/divorciado(a)/viudo(a)	34,06	5,08	η^2 = 0,05	0,002
Casado(a)	35,32	4,82		
Soltero(a)	34,63	4,83		
Condición de pobreza				
Pobre	33,73	5,19	r_s = –0,10	<0,001
No pobre	34,87	4,91		

*Se presentan las medias y desviaciones estándar (DE) del puntaje total de Escala de Autoeficacia General (EAG). r_{pb}: correlación biserial puntual; r_s: correlación de Spearman; η^2: eta cuadrado (proporción de varianza explicada). Se consideró estadísticamente significativa una asociación cuando p < 0,05.

Fobia social

La presencia de la FS se determinó mediante la entrevista MINI (versión CIE-10). Su prevalencia anual en la muestra fue de 2,3 %, y se observó una asociación estadísticamente significativa solo con el grado de instrucción (χ^2 = 10,527; gl = 4; p = 0,032), con un tamaño de efecto muy pequeño (V de Cramer = 0,05) (tabla 3).

Autoeficacia y fobia social

Como se observa en la tabla 4, se identificó una correlación negativa estadísticamente significativa entre AE y FS (r_{pb} = –0,076; p < 0,001), aunque de magnitud pequeña. Este hallazgo sugiere que niveles más altos de AE se asocian con menor probabilidad de presentar FS; sin embargo, la fuerza de esta asociación es limitada.

Al analizar la asociación entre los niveles de AE y la FS según el sexo, se observó que en los varones solo la AE baja mostró una asociación estadísticamente significativa con la presencia de FS (χ^2 = 6,976; p = 0,008; V = 0,068), con una probabilidad de 2,91 veces mayor en comparación con quienes no pertenecían a ese nivel (OR = 2,91). En las mujeres, la AE baja también se asoció significativamente con la FS (χ^2 = 7,726; p = 0,005; V = 0,061; OR = 2,24). Asimismo, la AE alta mostró una asociación significativa con menor probabilidad de FS (χ^2 = 4,630; p = 0,031; V = 0,047; OR = 0,40). No obstante, en todos los casos los tamaños del efecto fueron de magnitud pequeña, según los valores de V de Cramer (tabla 5).

Tabla 3. Asociación entre la fobia social y las variables sociodemográficas (n = 3586).

Variables sociodemográficas	Fobia social				Total	χ^2	gl	p	V
	Sí		No						
	n	%	n	%					
Sexo									
Hombre	29	1,9	1470	98,1	1499	1,644	1	0,200	0,021
Mujer	54	2,6	2033	97,4	2087				
Edad									
18-39 años	57	2,6	2175	97,4	2232	1,496	1	0,221	0,02
40-59 años	26	1,9	1328	98,1	1354				
Grado de instrucción									
Sin instrucción/primaria	11	3,3	321	96,7	332				
Secundaria	52	2,9	1732	97,1	1784				
Superior no universitario	9	1,2	760	98,8	769	10,527	4	0,032	0,05
Superior universitario	10	1,5	641	98,5	651				
Posgrado	1	2,0	49	98,0	50				
Estado civil*									
Conviviente	28	2,4	1131	97,6	1159				
Separado(a)/divorciado(a)/viudo(a)	14	2,3	588	97,7	602	0,15	3	0,985	0,006
Casado(a)	21	2,3	877	97,7	898				
Soltero(a)	20	2,2	905	97,8	925				
Condición de pobreza									
Pobre	25	2,5	958	97,5	983	0,313	1	0,576	0,009
No pobre	58	2,2	2545	97,8	2603				
Total	83	2,3	3503	97,7	3586				

*En la variable estado civil se registraron dos valores perdidos, por lo que el análisis correspondiente incluyó a 3584 participantes. χ^2: prueba de chi-cuadrado; gl: grados de libertad; p: nivel de significación estadística; V: V de Cramer (tamaño del efecto). Se consideró estadísticamente significativa una asociación cuando p < 0,05.

Tabla 4. Asociación entre autoeficacia y fobia social.

Variables	r_{pb}	p
Autoeficacia-fobia social	–0,076	<0,001

r_{pb} (correlación biserial puntual). Se consideró estadísticamente significativa una asociación cuando p < 0,05.

Tabla 5. Asociación entre los niveles de autoeficacia y fobia social según el sexo.

Sexo	Nivel de autoeficacia*	χ^2	gl	p	V	OR
Hombre	Baja	6,976	1	0,008	0,068	2,91
	Media	0,189	1	0,663	0,011	
	Alta	1,992	1	0,158	0,036	
Mujer	Baja	7,726	1	0,005	0,061	2,24
	Media	0,084	1	0,772	0,006	
	Alta	4,630	1	0,031	0,047	0,40

*Para cada nivel de autoeficacia (baja, media, alta), se comparó la presencia de fobia social entre quienes pertenecen a dicho nivel y quienes no pertenecen a él. OR: *odds ratio*; χ^2: prueba de chi-cuadrado; gl: grados de libertad; p: nivel de significancia estadística; V: V de Cramer (tamaño del efecto). Se consideró estadísticamente significativa una asociación cuando p < 0,05.

Modelo explicativo de la fobia social

Con el objetivo de analizar la asociación entre AE y la presencia de FS, se realizó una regresión logística binaria, incluyendo como variable de control el grado de instrucción. Las demás variables sociodemográficas (sexo, edad, estado civil y condición de pobreza) no fueron incluidas en el modelo final al no evidenciarse asociación significativa en los análisis preliminares.

El modelo global fue estadísticamente significativo ($\chi^2(6) = 23,4$; $p < 0,001$), lo que indica que, en conjunto, las variables introducidas mejoran la predicción de la presencia de FS. Sin embargo, el poder explicativo fue limitado, con un pseudo R^2 de Cox y Snell de 0,006 y de Nagelkerke de 0,032.

Respecto a la variable principal de interés, los participantes con AE baja presentaron una mayor probabilidad de FS en comparación con aquellos que perciben una AE alta (OR = 3,408; IC 95 %: 1,636-7,095; p = 0,001). En el caso de la AE media, se observó una tendencia a mayor probabilidad (OR = 1,762; p = 0,095), sin alcanzar significación estadística. En cuanto al nivel de instrucción, ninguna categoría mostró una asociación significativa con la presencia de FS (p > 0,05) (tabla 6).

En conjunto, los resultados evidencian que niveles bajos de AE se asocian con una mayor probabilidad de FS en la población adulta evaluada; no obstante, la magnitud explicativa del modelo fue limitada.

Tabla 6. Factores asociados a la fobia social: análisis multivariado mediante regresión logística binaria*.

Predictor	OR	IC 95 %	p
Constante	0,016	0,006-0,038	<0,001
Grado de instrucción			
Secundaria vs. sin instrucción/primaria	0,971	0,499-1,889	0,932
Superior no universitario vs. sin instrucción/primaria	0,430	0,174-1,061	0,067
Superior universitario vs. sin instrucción/primaria	0,599	0,247-1,450	0,256
Posgrado/bachillerato vs. sin instrucción/primaria	0,855	0,106-6,885	0,884
Autoeficacia			
Baja vs. alta	3,408	1,636-7,095	0,001
Media vs. alta	1,762	0,905-3,429	0,095

*Se presenta el modelo de regresión logística binaria para la presencia de fobia social (0 = no; 1 = sí). Las categorías de referencia fueron «sin instrucción/primaria» para grado de instrucción y «alta autoeficacia» para autoeficacia. OR: odds ratio. OR > 1 indica mayor probabilidad de presentar fobia social.

DISCUSIÓN

Relación entre autoeficacia y fobia social

Los resultados del presente estudio aportan evidencia empírica sobre la asociación entre la AE y la FS en población adulta de Lima Metropolitana y Callao. Se identificó una correlación negativa y estadísticamente significativa entre ambas variables ($r_{pb} = –0,076$), de modo que niveles más bajos de AE se asociaron con mayor presencia de FS. Este hallazgo es coherente con lo reportado por Al-Ruwaili et al. (23) y Thomasson y Psouni (22). Sin embargo, la magnitud del coeficiente fue pequeña, lo que sugiere que la AE explica solo una pequeña proporción reducida de la variabilidad de la FS, en concordancia con la naturaleza multifactorial de los trastornos de ansiedad.

La baja magnitud de la correlación observada es consistente con lo reportado en estudios de ciencias sociales y salud mental, donde los fenómenos psicosociales suelen ser multifactoriales y complejos, como lo señala Ferguson (30). En este contexto, el análisis mediante regresión logística permitió complementar la información de los resultados. Los participantes con baja AE presentaron una mayor probabilidad de FS (OR = 3,40), mientras que la AE alta se asoció con una menor probabilidad (OR = 0,40 en mujeres). Aunque el OR asociado a la AE baja fue elevado, este indicador refleja el riesgo relativo de presentar FS y no el tamaño del efecto global del modelo, el cual fue pequeño según los índices de pseudo R^2. En consecuencia, los hallazgos deben interpretarse como una asociación estadísticamente significativa, pero de alcance explicativo reducido.

Los hallazgos son coherentes con la teoría de Bandura (1), que conceptualiza la AE como un regulador cognitivo-emocional, así como con los modelos cognitivo-conductuales de Clark y Wells (20) y Rapee y Heimberg (21), que describen mecanismos de mantenimiento de la FS centrados en la sensibilidad a la evaluación negativa y los patrones de evitación. En este marco, es plausible que menores niveles de AE se vinculen con mayores dificultades en contextos sociales; de ahí que el diseño transversal del estudio no permita establecer si la AE antecede, acompaña o es resultado de la sintomatología ansiosa. Desde una perspectiva clínica, los resultados sugieren que el fortalecimiento de la AE podría considerarse como un componente complementario en intervenciones psicosociales dirigidas a la FS, dentro de un abordaje integral.

Si bien este trabajo no tuvo como objetivo desarrollar un modelo teórico explicativo, los hallazgos permiten plantear, de manera exploratoria, una articulación posible entre la AE general y los procesos cognitivos descritos en los modelos de FS. Esta aproximación deberá ser examinada en investigaciones longitudinales y multivariadas que permitan evaluar con mayor precisión los mecanismos subyacentes.

El análisis de los niveles de AE y su relación con la FS mostró que tanto la AE baja como la AE alta se asocian con la FS, aunque con tamaños de efecto pequeños (V = 0,06 para AE baja y V = 0,04 para AE alta). Si bien estas asociaciones alcanzaron significación estadística, su magnitud limitada sugiere prudencia al interpretar su relevancia clínica individual, reforzando la necesidad de considerar otros factores psicosociales en la comprensión de la FS.

En este sentido, la AE podría concebirse como uno de los múltiples recursos vinculados con la ansiedad social, en concordancia con investigaciones previas (30). Estudios orientados a la intervención han señalado que el fortalecimiento de la AE se asocia con mejoras en la sintomatología ansiosa y en la adherencia terapéutica (31); sin embargo, el presente estudio no permite evaluar dichos efectos.

Asociación con variables sociodemográficas

En la muestra analizada se observó una tendencia general de niveles moderados a altos de AE, hallazgo consistente con reportes internacionales (32, 33). Esta convergencia sugiere que la percepción de AE podría presentar patrones relativamente estables en distintos contextos culturales, aunque su expresión puede variar según condiciones sociales específicas.

En relación con las variables sociodemográficas, se identificó una asociación moderada entre AE y el nivel educativo. Este resultado coincide con investigaciones previas que han descrito vínculos entre mayor escolaridad y percepción de competencia personal (34, 35). A pesar de esto, dada la naturaleza transversal del estudio, no es posible determinar la dirección de dicha relación.

Respecto a la condición económica, la asociación observada fue de pequeña magnitud. Si bien estudios previos han sugerido vínculos entre percepción de AE y condiciones socioeconómicas (36, 37), los resultados del este estudio deben interpretarse con cautela, considerando el tamaño reducido del efecto.

En cuanto al sexo, aunque se observaron diferencias en la asociación entre niveles de AE y FS, no se identificó una interacción estadística robusta en el modelo multivariado. Por esto, cualquier interpretación sociocultural debe considerarse exploratoria y requerir confirmación en investigaciones específicas que evalúen directamente dichos factores.

Los análisis de regresión confirmaron que la AE baja se asoció con una mayor probabilidad de presentar FS; sin embargo, el poder explicativo global del modelo fue limitado. Esto indica que la AE constituye solo uno de múltiples factores vinculados con la FS. Desde una perspectiva aplicada, los resultados sugieren que la AE podría considerarse como un componente adicional en la evaluación clínica integral de la FS; aunque por el tamaño reducido de los efectos observados, cualquier implicancia para intervenciones o políticas públicas debe formularse con prudencia y estar respaldada en evidencia adicional, especialmente proveniente de estudios longitudinales e intervenciones.

Limitaciones del estudio

El estudio realizado presenta limitaciones que deben considerarse al interpretar los resultados. En primer lugar, el diseño transversal impide establecer relaciones causales entre la AE y la FS; por tanto, no es posible determinar la direccionalidad de la asociación observada. En segundo lugar, aunque la muestra fue amplia y de carácter probabilístico, el análisis estadístico se realizó sin aplicar ponderaciones ni ajustes por diseño muestral complejo, lo cual podría haber influido en la estimación de los errores estándar y en la precisión de los intervalos de confianza.

En tercer lugar, si bien se encontraron asociaciones estadísticamente significativas, los tamaños del efecto

fueron pequeños y el poder explicativo del modelo fue limitado (pseudo R^2 bajo), lo que reduce el alcance práctico de los hallazgos y sugiere que la AE explica solo una fracción reducida de la variabilidad de la FS. Finalmente, el estudio no incorporó otras variables psicológicas y contextuales relevantes (como autoestima, regulación emocional o apoyo social) que podrían desempeñar un papel mediador o moderador en la relación entre AE y FS. La inclusión de estos factores en futuros estudios longitudinales y multivariados permitiría una comprensión más integral del fenómeno.

CONCLUSIONES

El presente estudio identificó una asociación estadísticamente significativa entre la AE y FS en población adulta de Lima Metropolitana y Callao. Los niveles bajos de AE se vincularon con mayor probabilidad de FS; sin embargo, la magnitud del efecto fue pequeña y el poder explicativo del modelo, limitado.

Las diferencias observadas según el sexo deben interpretarse con cautela, dado que no se identificó una interacción estadística robusta en el modelo multivariado. En consecuencia, los resultados deben entenderse como asociaciones y no como relaciones causales. La AE podría considerarse como uno de varios factores psicológicos vinculados con la FS, dentro de un fenómeno complejo y multifactorial.

Futuros estudios longitudinales y de intervención permitirían examinar con mayor precisión la direccionalidad y los mecanismos subyacentes de esta relación, así como también evaluar su relevancia clínica en distintos contextos poblacionales.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Financiamiento: El presente estudio no requirió financiamiento por ser un estudio que empleó como base de datos secundaria el «Estudio epidemiológico de salud mental en Lima Metropolitana y Callao – Replicación 2012» del INSM «HD-HN».

Contribución de autoría:
MCPL: conceptualización, curación de datos, análisis formal, adquisición de financiamiento, investigación, metodología, administración del proyecto, recursos, *software*, supervisión, validación, visualización, redacción del borrador original, redacción (revisión y edición). **YIRA:** análisis formal, investigación, metodología, recursos, supervisión, validación, redacción (revisión y edición).

REFERENCIAS

1. Bandura A. Social Foundations of Thought and Action: A social cognitive theory. New Jersey: Prentice-Hall; 1986.
2. Bandura A. Pensamiento y acción: fundamentos sociales. Barcelona: Martínez Rocca; 1987.
3. Caro I. Revisión crítica de la teoría de la autoeficacia de A. Bandura. Boletín de Psicología [Internet]. 1987;(16):61-89. Disponible en: https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N16-4.pdf
4. Maddux JE, editor. Self-efficacy, Adaptation, and Adjustment: Theory, research, and application. New York: Plenum Press; 1995. doi:10.1007/978-1-4419-6868-5
5. Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi». Estudio epidemiológico de salud mental en hospitales generales y centros de salud de Lima Metropolitana - 2015: informe general. An Salud Ment [Internet]. 2018;34(1). Disponible en: https://openjournal.insm.gob.pe/revistasm/asm/article/view/15
6. Rodríguez MT. Autoeficacia personal y control de impulsos en jóvenes adultos de Lima Metropolitana [tesis de licenciatura en Internet]. Lima: Universidad César Vallejo; 2022. Disponible en: https://hdl.handle.net/20.500.12692/89418
7. Salgado-Espinoza M, Álvarez J. Autoeficacia: relación con los hábitos de salud y la calidad de vida en universitarios del noreste de México. Rev Esp Com Salud. 2020;11(1):53-64. doi:10.20318/recs.2020.5166
8. Luszczynska A, Gutiérrez-Doña B, Schwarzer R. General self-efficacy in various domains of human functioning: evidence from five countries. Int J Psychol. 2005;40(2):80-9. doi:10.1080/00207590444000041
9. Nguyen TTN, Liang SY, Liu CY, et al. Self-care self-efficacy and depression associated with quality of life among patients undergoing hemodialysis in Vietnam. PLoS ONE. 2022;17(6):e0270100. doi:10.1371/journal.pone.0270100
10. Guo J, Chen Y, Dai Y, et al. Influencing factors of care dependence in patients with coronary heart disease after percutaneous coronary intervention—A cross-sectional study. Nursing Open. 2023;10(1):241-51. doi:10.1002/nop2.1299
11. Mur J, Rivas A, Trueba D, et al. The relationship between self-efficacy, state-trait anxiety and cognitive test anxiety: a study among university students in Argentina. Psychol Thought. 2022;15(2):75-94. doi:10.37708/psyct.v15i2.664

12. Kratzer A, Luttenberger K, Karg-Hefner N, et al. Bouldering psychotherapy is effective in enhancing perceived self-efficacy in people with depression: results from a multicenter randomized controlled trial. BMC Psychol. 2021;9(1):126. doi:10.1186/s40359-021-00627-1
13. Prouzou A, Aslani E, Spinaris V, et al. Association between self-efficacy, social support, knowledge of COVID-19, COVID-19 perception and stress, anxiety, depression of healthcare providers: the role of news media exposure as moderator. Eur Psychiatry. 2022;65(S1):S494. doi:10.1192/j.eurpsy.2022.1257
14. Ślazyk-Sobol M, Dobrowolska M, Zomerfeld J, et al. Stress and self-efficacy as specific predictors of safety at work in the aviation sector. Med Pr Work Health Saf. 2021;72(5):479-87. doi:10.13075/mp.5893.01104
15. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5.ª ed. Arlington (VA): APA; 2014.
16. Grant BF, Hasin DS, Blanco C, et al. The epidemiology of social anxiety disorder in the United States: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. J Clin Psychiatry. 2005;66(11):1351-61. doi:10.4088/jcp.v66n1102
17. Stein DJ, Lim CW, Roest AM, et al. The cross-national epidemiology of social anxiety disorder: data from the World Mental Health Survey Initiative. BMC Medicine. 2017;15(1):143. doi:10.1186/s12916-017-0889-2
18. Woodward AT, Taylor RJ, Bullard KM, et al. Prevalence of lifetime DSM-IV affective disorders among older African Americans, Black Caribbeans, Latinos, Asians and non-Hispanic White people. Int J Geriatr Psychiatry. 2012;27(8):816-27. doi:10.1002/gps.2790
19. Barlow DH. Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. American Psychol. 2000;55(11):1247-63. doi:10.1037/0003-066X.55.11.1247
20. Clark DM, Wells A. A cognitive model of social phobia. En: Heimberg RG, Liebowitz MR, Hope DA, et al., editores. Social Phobia: Diagnosis, assessment, and treatment. New York: Guilford Press; 1995. pp. 69-93.
21. Rapee R, Heimberg R. A cognitive-behavioral model of anxiety in social phobia. Behav Res Ther. 1997;35(8):741-56. doi:10.1016/s0005-7967(97)00022-3
22. Thomasson P, Psouni E. Social anxiety and related social impairment are linked to self-efficacy and dysfunctional coping. Scand J Psychol. 2010;51(2):171-8. doi:10.1111/j.1467-9450.2009.00731.x
23. Al-Ruwaili MA, Al-Turki YA, Alardan A. Social anxiety and its effect on self-efficacy among family medicine residents in Riyadh. J Family Med Prim Care. 2018;7(2):389-93. doi:10.4103/jfmpc.jfmpc_360_17
24. Iancu J, Bodner E, Ben-Zion IZ. Self-esteem, dependency, self-efficacy and self-criticism in social anxiety disorder. Compr Psychiatry. 2015;58:165-71. doi:10.1016/j.comppsych.2014.11.018
25. Lee CS, Yeghiazaryan C. Personal value, self-efficacy, and social acceptability of a social behavior as correlates of behavioral action in social anxiety. Trends Psychiatry Psychother. 2021;43(3):217-24. doi:10.47626/2237-6089-2020-0129
26. Schønning A, Nordgreen T. Predicting treatment outcomes in guided internet-delivered therapy for anxiety disorders: the role of treatment self-efficacy. Front Psychol. 2021;12:712421. doi:10.3389/fpsyg.2021.712421
27. Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi». Estudio epidemiológico de salud mental en Lima Metropolitana y Callao - replicación 2012: informe general. An Salud Ment [Internet]. 2013;29(supl. 1). Disponible en: https://openjournal.insm.gob.pe/revistasm/asm/article/view/7
28. Robles Y, Padilla M. Adaptación de la Escala de Autoeficacia General de Schwarzer y Jerusalem en Lima Metropolitana [informe final de investigación]. Lima: Instituto Nacional de Salud Mental «Honorio Delgado-Hideyo Noguchi», Ministerio de Salud (PE); 2021.
29. Sheehan D, Janavs J, Baker R, et al. Mini International Neuropsychiatric Interview. Versión en español 5.0.0. DSM-IV [Internet]. Fundación Foro; 2000. Disponible en: https://www.fundacionforo.com/pdfs/mini.pdf
30. Ferguson CJ. An effect size primer: a guide for clinicians and researchers. Prof Psychol Res Pract. 2009;40(5):532-8. doi:10.1037/a0015808
31. Lee C, Hayes-Skelton S. Social Cost bias, probability bias, and self-efficacy as correlates of behavioral action in social anxiety. Behav Modif. 2018;42(2):175-95. doi:10.1177/0145445517720447
32. Bonsaksen T, Lerdal A, Heir T, et al. General self-efficacy in the Norwegian population: differences

and similarities between sociodemographic groups. Scand J Public Health. 2018;47(7):695-704. doi:10.1177/1403494818756701

33. Espinosa E, Espinoza S, González JI, et al. Nivel de autoeficacia en estudiantes de una universidad chilena y su importancia para enfermería. Benessere. 2021;6(1). doi:10.22370/bre.61.2021.2846.
34. Zamora-Araya JA, Cruz-Quesada JD, Amador-Montes MS. Autoeficacia y su relación con el rendimiento académico en estudiantes de enseñanza de la matemática. Innovac Edu. 2020;22(32):137-50. doi:10.22458/ie.v22i32.2818
35. Rossi RM, Rossi RG. Grado de relación entre autoeficacia y rendimiento académico en una universidad privada. Rev Andina Educ. 2022;5(2):000527. doi:10.32719/26312816.2022.5.2.7
36. Yodchai N, Ly PT, Tran LT. Co-creating creative self-efficacy to build creative performance and innovation capability for business success: a meta-analysis. Creativity Studies. 2022;15(1):74-88. doi:10.3846/cs.2022.13852
37. Kim JR. People-centered entrepreneurship: the impact of empathy and social entrepreneurial self-efficacy for social entrepreneurial intention. Glob Bus Finance Rev. 2022;27(1):108-18. doi:10.17549/gbfr.2022.27.1.108