



## **Escuela de Psicología**

# **Auto-eficacia percibida en función del Estadio de Cambio en tratamiento ambulatorio de adicciones del COSAM Pedro Aguirre Cerda.**

**Tesina para optar al grado de Licenciado en Psicología y al Título  
profesional de Psicólogo**

**Profesor Guía: Christian Codecido Geell  
Alumna: Jessica Sánchez Jiménez**

**Santiago- Chile, Julio 2018**

**Si ayudo a una sola persona a tener esperanza,  
No habré vivido en vano. Martin Luther King**

## **AGRADECIMIENTOS**

Me gustaría agradecer en estas líneas la ayuda incondicional de mi persona especial que me ha prestado durante el proceso de estudios e investigación de este trabajo. Sin embargo merecen mi honra a los protagonistas principales, mi Madre y mi Padre que con su esfuerzo y dedicación me ayudaron a culminar mi carrera universitaria y me dieron el apoyo suficiente para no decaer cuando todo parecía complicado e imposible.

A mi jefatura y amigos, que me ayudaron de una manera desinteresada, gracias infinitas por toda su ayuda y buena voluntad.

## **INDICE**

<b>CAPÍTULO I. INTRODUCCION</b> .....	9
1.1 Justificación del problema .....	11
1.2. Planteamiento del problema.....	13
1.3. Objetivos .....	13
1.3.1. Objetivo General .....	14
1.3.2. Objetivos Específicos .....	14
1.4. Limitaciones del estudio .....	15
<b>CAPITULO II MARCO TEORICO</b> .....	16
1. El concepto de autoeficacia.....	16
2. La autoeficacia en el contexto de las escuelas psicológicas .....	22
2.1. Autoeficacia y funcionalismo .....	23
2.2. Autoeficacia y conductismo .....	25
2.3. Autoeficacia y humanismo.....	28
2.4. Autoeficacia y psicoanálisis.....	30
2.5. Autoeficacia y Psicología Transpersonal.....	33
3. La Autoeficacia como aporte a la terapia .....	35
3.1. Autoeficacia y conductas de salud .....	36
4. Modelo Transteórico de Prochaska y Di Clemente .....	41
5. Adicciones.....	44
5.1 Definición de las adicciones .....	45
5.2 Causas de las adicciones.....	45

<b>CAPITULO III . METODOLOGIA.....</b>	<b>46</b>
3.1 Tipo y Diseño de investigación.....	47
3.2 Universo y Muestra .....	47
3.3 Estrategia de Muestreo .....	48
3.4 Técnica de Recolección de Datos .....	48
3.5 Técnicas .....	48
3.6 Técnica de análisis de datos .....	49
3.7 Procedimientos.....	49
<b>CAPITULO IV RESULTADOS.....</b>	<b>50</b>
4.1 Presentación de los resultados .....	50
Tabla nº 1 .....	50
Tabla nº 2.....	52
Tabla nº3.....	53
Tabla nº 4.....	53
Meses de Tratamiento.....	54
Tabla nº 5.....	55
Tabla nº 6 .....	56
Tabla nº7 .....	57
Tabla nº 8.....	58
Escala de Autoeficacia .....	59
Tabla nº 10.....	59
Tabla nº 11 .....	60
Pruebas no paramétricas .....	62
ANOVA de un factor.....	63
Pruebas post hoc .....	64
Comparaciones múltiples .....	64
Subconjuntos Homogéneos .....	65

**CAPITULO IV . RESULTADOS..... 67**

**CAPITULO V. CONCLUSIONES Y DISCUSION ..... 70**

    5.1. Conclusiones..... 70

**CAPITULO VI . REFERENCIAS..... 76**

## RESUMEN

A través de la presente investigación se procedió a medir los niveles de autoeficacia en pacientes que presentan adicciones alcohólicas y que se encuentran en tratamiento en el COSAM de la comuna de Pedro Aguirre Cerda, a quienes se les aplicó un cuestionario URICA y a través de este instrumento, permitir su clasificación en las diversas etapas de cambio del Método Transteorico (Prochaska y Di clemente). Además, y usando la Escala de Autoeficacia General (EAG) validada en el país por Cid et al. (2010), se determinó en cada uno de los participantes la autoeficacia percibida, relacionando sus resultados con las distintas etapas de cambio. Como el foco del estudio está puesto en el constructo de la “Autoeficacia”, se utilizó un estudio previo sobre los pacientes en que se haya clasificado los diferentes estadios en que se encuentran.

En una primera parte se realizó un detallado estudio bibliográfico y del estado del arte, respecto a cómo la autoeficacia ha estado presente en los distintos paradigmas de la psicología, para posteriormente materializar una recolección de datos demográficos que nos permitiera visualizar su comportamiento conforme al último informe de Senda estableciendo una comparación con los resultados obtenidos a través de los participantes, para finalmente pasar a las preguntas específicas, que se aplicarán individualmente a los sujetos de cada grupo previamente clasificado en los estadios del TTM y establecer una relación respecto a su comportamiento predictivo sobre el éxito o fracaso de las acciones terapéuticas ofrecidas por el COSAM de la comuna de Pedro Aguirre Cerda.

Finalmente se entrega una apreciación respecto a las limitantes del estudio, estableciendo nuevas variables que son necesarias contemplar, y por las limitaciones de tiempo y alcance no se consideraron, pero que da luz de un profundización respecto a la importancia de la adherencia y continuidad de los tratamientos, no sólo a los de carácter adictivos, sino que todos aquellos relacionados a promover la salud de la población.

## **ABSTRACT**

Through this research we proceeded to measure the levels of self-efficacy in patients who have alcoholic addictions and who are under treatment in the COSAM of the Pedro Aguirre Cerda commune, to whom a URICA questionnaire was applied and through this instrument, allow their classification in the various stages of change of the Transteoric Method (Prochaska and Di Clemente). In addition, and using the General Self-Efficacy Scale (EAG) validated in the country by Cid et al. (2010), the self-efficacy perceived was determined in each of the participants, relating their results to the different stages of change. As the focus of the study is placed on the construct of "Self-efficacy", a previous study was used on the patients in which the different stages in which they are located have been classified. In the first part of a detailed study of the literature and state of the art, regarding how self-efficacy has been present in the different paradigms of psychology, to later materialize a collection of demographic data that allowed us to see their behavior according to the latest report of Senda establishing a comparison with the results obtained through the participants, to finally move on to the specific questions, which will be applied individually to the subjects of each group previously classified in the TTM stages and establish a relation with respect to their predictive behavior on the success or failure of the therapeutic actions offered by the COSAM of the commune of Pedro Aguirre Cerda. Finally, an assessment is given regarding the limitations of the study, establishing new variables that are necessary to contemplate, and because of the limitations of time and scope they were not considered, but which gives light of a deepening regarding the importance of the adherence and continuity of the treatments, not only those that are addictive, but all those related to promoting the health of the population.



## CAPÍTULO I. INTRODUCCION

La autoeficacia se define como "los juicios de las personas acerca de sus capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento" (Bandura, 1997). Por tanto, no basta con ser capaz de, es preciso juzgarse capaz. Capaz de utilizar las habilidades y destrezas personales ante circunstancias muy diversas, incluso en las reacciones emocionales que se experimentan ante situaciones difíciles (Ornelas et al., 2012; Schmidt et al., 2008). La percepción de las personas acerca de su propia eficacia se alza como un requisito fundamental para desarrollar con éxito las acciones conducentes al logro de los objetivos personales (Salanova et al., 2011). Dicha autopercepción, ejerce una profunda influencia en la elección de tareas y actividades, en el esfuerzo y perseverancia de las personas cuando se enfrentan a determinados retos e incluso en las reacciones emocionales que experimentan ante situaciones difíciles. En definitiva, las creencias de autoeficacia representan un mecanismo cognitivo que media entre el conocimiento y la acción y que determina, junto con otras variables, el éxito de las propias acciones (Gutiérrez et al., 2011).

El psicólogo canadiense Albert Bandura (1925) estudió esta relación desde la década de 1960, observando "cómo los conductistas de la época no estaban tomando en cuenta los profundos trabajos en torno a un enfoque cognitivo de la motivación. También vio la falta de conciencia situacional en el psicoanálisis. Al mezclar el ambiente, el comportamiento y las respuestas cognitivas en la Teoría Cognitiva Social, impactó teóricamente la forma cómo vemos hoy la motivación y las metas hoy en día." (Tinsley, 2017).

En sus trabajos, Bandura desarrolló el concepto de autoeficacia como pilar fundamental de su teoría: “El nivel de motivación de la gente, sus estados afectivos y acciones, se basan más en lo que creen que en lo que objetivamente resulta del caso. Para entender plenamente la causalidad personal se requiere de una teoría comprensiva, que explique dentro de un marco conceptual unificado, los orígenes de las creencias de eficacia personal, su estructura y función, los procesos a través de los cuales operan, y sus diversos efectos. La teoría de la autoeficacia se ocupa de todos estos subprocesos tanto a nivel individual como colectivo.” (Bandura, 1995, p. 2)

Se hace referencia a la eficacia percibida en una situación concreta (Bandura, 1986). Sin embargo, la autoeficacia también puede entenderse en sentido amplio, como un constructo global referido a la creencia estable que tiene un individuo sobre su capacidad para manejar de manera adecuada una amplia variedad de estresores de la vida cotidiana y la Escala de Autoeficacia General (EAG) se encuentra enmarcada dentro de este sentido amplio del constructo de autoeficacia y evalúa la percepción de competencia personal para manejar de forma eficaz una gran variedad de situaciones estresantes. Como una muestra de la importancia de la autoeficacia podemos decir que esta revela por qué las personas con el mismo nivel de habilidad y conocimiento presentan conductas y/o resultados diferentes, o por qué las personas actúan en disonancia con sus habilidades (Bandura, 1982; Pérez et al., 2011).

La autoeficacia tiene como elemento central las percepciones que tienen los individuos de su capacidad de actuar. Desde la perspectiva de la teoría social cognitiva, la percepción de autoeficacia es uno de los factores personales que determinan la motivación y la ejecución. La autoeficacia percibida afecta a los propios niveles de motivación y logro del individuo a través de su capacidad para afrontar los cambios. Un postulado importante de la teoría de la autoeficacia (Bandura, 1977) señala que las percepciones de eficacia

varían de modo significativo entre las distintas situaciones y tareas; de esta manera la teoría de la autoeficacia se centra en el pensamiento humano, es decir, los pensamientos que los individuos tienen acerca de su capacidad para actuar.”

### **1.1 Justificación del problema**

Las personas que tienen un alto nivel de autoeficacia, se creen capaces de afrontar con éxito, sucesos y problemas de toda índole, inclusive los relacionados a conductas adictivas, particularmente los relacionados al alcoholismo, al identificar la autoeficacia que presentan pacientes en proceso de tratamientos; superando obstáculos y perseverando en tareas propias a las aplicadas a la modificación de la conducta, hasta alcanzar estados de excelencia y de auto reforzamiento, los que irán asociados a conceptos de autoestima y auto concepto con el fin último de lograr confianza en sus capacidades y que durante el tiempo no se dude de los logros alcanzados, identificado que los problemas o los hechos identificado como disparadores de la conducta adictiva no representan una amenaza, sino que más bien se representa como una oportunidad de buscar nuevos desafíos. Identificar la autoeficacia en un contexto terapéutico, brindará a los usuarios o pacientes una herramienta que permita neutralizar el miedo al fracaso, elevando las expectativas, mejorando las habilidades para resolver problemas y modelando correctamente las relaciones interpersonales.

No obstante lo anterior, se debe hacer la pregunta respecto al origen, motivación y presencia del fenómeno adictivo del alcoholismo en nuestra sociedad actual. Es así que en términos generales el consumo adictivo constituye hoy en día uno de los principales riesgos adictivos no sólo en Chile, sino que también a nivel continental y mundial, constituyéndose por si

sólo en un factor dominante para la salud pública afectando principalmente al grupo etéreo comprendido entre los 20 y 39 años.

Para obtener datos más precisos nos centraremos particularmente en el “Decimo Primer estudio Nacional de drogas en población general SENDA 2014”, el cual se desarrolla cada 2 años y sobre el que se obtiene importantes resultados para verificar la evolución de riesgo sobre el consumo excesivo de alcohol en la población, mostrando un aumento del 48,9% en el consumo, en relación al estudio del año 2009) afectando a 2.097.615 personas en el último mes en relación a la toma de la encuesta, representando un 43,6% del total de consumidores.

También es importante destacar la prevalencia del consumo entre hombres y mujeres, evidenciándose un 54% para los hombres y un 42,5% para las mujeres en la medición del año 2014, la que se diferencia considerablemente a la registrada en el año 1994 la que asignaba un 50,6% para los hombres y un 31,0% para las mujeres, pudiendo constatar con estas cifras una disminución de la brecha y acercamiento en la prevalencia.

No obstante la experiencia acumulada durante los años, los alcances estadístico respecto a la población afectada por esta patología, no queda aún lo suficientemente claro las dimensiones etiológicas donde este fenómeno se origina, revistiendo especial interés los factores hereditarios, sociales o cognitivos, siendo este último de especial interés para este estudio como también lo es la experiencia terapéutica en grupo y como se desempeñan los conceptos de autoeficacia en cuanto a las experiencias previas, los modelamientos vicarios, los reforzamientos verbales de los terapeutas y del entorno del paciente y las experiencias sensoriales que experimenta el paciente cuando debe enfrentar largos periodos de abstinencia.

## **1.2. Planteamiento del problema.**

La autoeficacia es un componente clave en el trabajo de recuperación de pacientes que presentan adicciones, según el Modelo Transteórico de Prochaska y Di Clemente, por lo que debería ser medida en cada una de las etapas de avance del Modelo para verificar su consistencia. Sin embargo, esta medición no se ha realizado en los individuos pertenecientes al Proyecto de COSAM de Pedro Aguirre Cerda, puesto que si bien los terapeutas a cargo manejan el modelo y comprenden la relevancia de la autoeficacia en el desarrollo del proceso, no están familiarizados con la Teoría de Albert Bandura y continuadores, ni conocen los instrumentos que les permitan medirla, por lo que este trascendente paso no ha sido cumplido. Se estima, entonces, que realizar esta medición mediante el uso de la EAG validada en Chile por Cid et al. (2010) resultará un aporte al Proyecto y sus alcances, puesto que permitirá correlacionar la asignación del paciente a alguna de las etapas del TTM con su nivel de autoeficacia percibida, enriqueciendo la perspectiva de los terapeutas sobre cada paciente y facilitando las intervenciones o acciones de mediación que se estimen del caso para apoyar sus procesos de rehabilitación.

## **1.3. Objetivos**

### **1.3.1. Objetivo General**

Conocer la auto-eficacia percibida en usuarios adultos en tratamiento de adicciones en COSAM de la comuna P.A. Cerda en función a las diferentes Estadios de Cambio de Prochaska y Diclemente.

### **1.3.2. Objetivos Específicos**

1.3.2.1. Establecer los niveles de autoeficacia percibida de los participantes a través de la escala de autoeficacia general (EAG) validada en Chile por P. Cid et al. En 2010.

1.3.2.2 Identificar la etapa de cambio en que se encuentra cada paciente COSAM de la comuna P.A. Cerda de Según el modelo transteórico de Prochaska y Diclemente.

1.3.2.3 Determinar la relación existente entre la autoeficacia percibida y el género de los participantes.

1.3.2.4 Evaluar la relación existente entre la autoeficacia percibida y la edad de los participantes.

1.3.2.5 Analizar la relación existente entre la autoeficacia percibida y la escolaridad de los participantes.

1.3.2.6 Identificar la relación existente entre la autoeficacia percibida y el nivel de ingreso de los participantes.

1.3.2.7 Identificar la relación existente entre la autoeficacia percibida y los Estadios Motivacionales y las Fases del Cambio de Prochaska y Diclemente

#### **1.4. Limitaciones del estudio**

Las principales limitaciones identificadas en este estudio se relacionan con el nivel de adherencia al tratamiento alcanzado por la muestra al momento de tomar la medición, constituyéndose en un factor relevante al momento de medir los niveles de autoeficacia percibida, ya que al medir una muestra que se encuentre en los inicio de un tratamiento, pudiese presentar valores disminuidos, no obstante que también se puede inferir, que los participantes, por el sólo hecho de encontrarse en un proceso terapéutico, han tenido la capacidad de sortear de buena forma el proceso de insight y contemplación de la conducta adictiva, por lo que podría convertirse en el primer indicativo de autoeficacia presente en el tratamiento.

Es importante también determinar antes del estudio, que independiente de la conducta adictiva asociada al alcoholismo, los participantes posean capacidades cognitivas asignadas como normales, en lo relacionado a memoria, atención y regulación emocional, y que esta no se encuentran dañadas por el consumo crónico y reiterativo de alcohol.

Es importante también considerar, que al aplicar la siguiente investigación, ésta debe identificarse como un trabajo ideográfico, en el sentido a que es aplicado a problemas individuales y como tal se debe conocer como los participantes se adaptan a las distintas fuentes de autoeficacia que A BANDURA define, la que será distinta para cada uno de los pacientes, en cuanto a su experiencia, relaciones familiares, éxitos laborales, experiencias parentales de origen, historial de abuso de sustancia, estrés y nivel de acceso al alcohol.

## CAPITULO II MARCO TEORICO

### 1. El concepto de autoeficacia

La teoría del aprendizaje social (Bandura, 1969), denominada posteriormente teoría cognitiva social (Bandura, 1986), introduce el concepto de autoeficacia como un componente central y como el elemento explicativo más importante relacionado con la adquisición, mantenimiento y cambio de la conducta (Bandura, 1995). Se define como *"la creencia en la propia capacidad para organizar y ejecutar los cursos de acción necesarios para producir logros."* (Bandura, 1997; p.3).

En este sentido, la autoeficacia (AE), o las percepciones sobre ella, son juicios personales, creencias sobre nuestras propias capacidades, relacionadas con experiencias de dominio ('mastery') de situaciones, lo que la acerca al 'control personal' (Bradley, en Kendall, 1985). La AE puede verse, entonces (Hersen, 1984), como la expectativa de que el "enfrentamiento" o el "auto-manejo" se pueden iniciar con buenos resultados. Según Arnkoff (en Hersen, 1984), las expectativas de eficacia se pueden describir como reglas estructurales profundas que subyacen a la conducta defensiva y de miedo.

*"Desde que fue introducido por primera vez en 1977, el constructo de la autoeficacia ha desempeñado un rol fundamental en los estudios dirigidos a explicar fenómenos tales como la motivación humana, el aprendizaje, la autorregulación y las consecuciones concretas de los individuos. De hecho, una ojeada al ámbito de la motivación en la actualidad revela que la casi totalidad de constructos y teorías que se enmarcan en este campo de estudio parecen tener un foco de interés común: se da por hecho que las creencias que tienen las personas sobre sus capacidades representan un componente crítico del esfuerzo humano."* (Bandura y Pajares, 2007; p. 11)



La teoría de la AE ha ido evolucionando a través de distintas etapas conceptuales y metodológicas, intentando demostrar cómo los aspectos cognitivos, conductuales, contextuales y afectivos de las personas están condicionados por ella.

Según Bandura (1997), la AE es un predictor más consistente del comportamiento y el logro que cualquier otra variable relacionada, constituyéndose en el más influyente mediador en la acción humana y cumpliendo un decisivo rol en la toma de decisiones. Además, afirma que la adquisición de nuevas habilidades y su ejecución en situaciones reales están mucho más relacionadas con las creencias de AE que con otros auto constructos. Por lo tanto, es la AE la que ayuda a explicar por qué las conductas de las personas son diferentes aun cuando tengan conocimientos similares. En este sentido, Bernhard (1997; cit. por Genc, Kulusakli y Aydin, 2016) define el concepto de AE como las creencias de los estudiantes sobre sus habilidades para realizar una tarea, mientras que para Zeldin y Pajares (2000), son los juicios de los estudiantes sobre sus competencias académicas. Esta determinación no se basa en la experiencia, las habilidades o aptitudes existentes, sino más bien en la percepción que tienen de sus conocimientos y habilidades relativos a la tarea o situación (DeTure, 2004).

La AE es una pieza del proceso cognitivo en el esquema de la Teoría. Aunque puede relacionarse con la autoestima, esta describe principalmente los sentimientos de la persona acerca de sí misma en general. Si bien ambos son juicios cognitivos sobre uno mismo, la AE es la percepción sobre las capacidades, mientras la autoestima se orienta a los aspectos afectivos (Tinsley, 2017).

La Teoría reconoció desde un principio la importancia del condicionamiento clásico, el operante y el vicario, modulados por el proceso cognitivo de la AE.

“Bandura, mediante su concepto de autoeficacia, trata de integrar el concepto de cognición dentro de la modificación de conducta, ya que a través de una adecuada evaluación, la autoeficacia puede servir para guiar y predecir la conducta (Bandura, 1982), es decir, elabora una teoría en la que los eventos inobservables (ej. Juicios cognitivos de autoeficacia) son postulados como causales de la ejecución conductual y desarrolla un modo objetivo de *evaluarlos, haciendo que ellos sean conductas observables.*” (López-Torrecillas et al., 2002; p. 34)

La teoría de la AE toma como núcleo central las percepciones que tienen los individuos de su capacidad de actuar. La autoeficacia percibida afecta los propios niveles de motivación y de logro del individuo a través de su capacidad para afrontar los cambios de vida.

La base es la distinción conceptual hecha por Bandura (1977) entre expectativas de eficacia y expectativas de resultados:

a) *La expectativa de eficacia* es la certeza de realizar exitosamente una conducta, logrando los resultados precisos. Es en esta dirección que la AE (o las percepciones sobre ella), constituyen juicios o creencias sobre las propias capacidades para alcanzar experiencias de dominio de situaciones, asociándose con el “control” personal. La expectativa de eficacia se emparenta entonces con la convicción de un “automanejo” exitoso, que se impone a la conducta de temor y la actitud defensiva. b) *Las expectativas de resultado* se relacionan con la percepción de que una determinada conducta conducirá a los resultados esperados que se han predicho. Si bien son distintas, ambas variables tienen un único valor predictivo (Cervone y Scott, 1995), pero la AE percibida contribuye decididamente a la ejecución, independientemente de los efectos de las expectativas de resultado.

Ejemplificando, una persona puede estimar que tomar un curso de acción determinado producirá ciertos resultados, pero desistirá de seguirlo si piensa que carece de las habilidades necesarias para llevarlo a cabo.

“Las expectativas de autoeficacia determinan, en gran medida, la elección de las actividades, el esfuerzo y la persistencia en las actividades elegidas, los patrones de pensamiento y las respuestas emocionales. La ineficacia percibida para afrontar situaciones aversivas producirá ansiedad, mientras que la ineficacia percibida para conseguir resultados apetecidos, que otros son capaces de alcanzar, producirá depresión.” (López-Torrecillas et al., 2002; p. 34)

Una alta AE no garantiza una actuación sobresaliente, puesto que se requieren las habilidades, incentivos y recursos suficientes. Respecto de las habilidades de afrontamiento, Bandura (1982) afirma que si existen en el grado requerido y está la percepción de AE, se llevará a cabo el esfuerzo para superar la dificultad, aun en condiciones difíciles. En cambio, expectativas de AE bajas llevarán a que, ante el menor inconveniente, se abandone el intento para mantener la conducta. Marlatt (1985 - 2005) sostiene que el efecto de las expectativas se relaciona con la valoración cognitiva de la información hecha por la persona: si el éxito alcanzado en una tarea específica se atribuye a la propia habilidad, se tendrá mayores expectativas de AE que al considerarlo producto de la suerte o de una ayuda externa. Igualmente, la realización correcta de una tarea considerada sencilla generará menores expectativas de AE que las obtenidas frente al éxito en una actividad percibida como de mayor dificultad. El esfuerzo empeñado es asimismo un factor importante: mientras menor sea el esfuerzo percibido para la realización de una tarea, mayor será la expectativa de AE generada.

“Bandura (1986) utiliza indistintamente las expresiones de expectativas de eficacia, autoeficacia y expectativas de autoeficacia para referirse a las creencias sobre las propias capacidades. Y las de expectativas de

resultados y expectativas de acción-resultados para referirse a las creencias acerca de la relación entre las acciones y los eventos del entorno.” ((López-Torrecillas et al., 2002; p. 35)

Según Bandura (1977), frente a una situación determinada las expectativas de AE pueden variar en tres dimensiones, con influencia importante sobre su ejecución: magnitud, generalidad y fuerza.

- **Expectativas de diferente magnitud:** un individuo puede percibirse como muy eficaz frente a una tarea sencilla, pero esta percepción se reducirá gradualmente al aumentar el grado de dificultad.
- **Expectativas de diferente generalidad:** algunas de las expectativas generadas frente a una situación pueden extenderse a desafíos similares, generalizándose.
- **Expectativas de diferente fuerza:** una percepción de AE fuerte o elevada acerca de una tarea hará que quien la posee no se de por vencido tan pronto, en comparación con quienes tienen una expectativa de AE baja, que no resultarán tan persistentes.

La teoría parte del supuesto que los procedimientos de intervención psicológicos actúan como instrumentos que modifican la AE, determinando el cambio conductual.

Al ser intervenidos, los individuos forman - según Bandura (1997) - creencias de autoeficacia interpretando la información con respecto a sus propias capacidades. Esta información proviene de cuatro fuentes: experiencias de dominio, experiencias vicarias, persuasión verbal y estados fisiológicos y afectivos. Las **experiencias de dominio** (*mastery*, maestría) proporcionan información sobre los éxitos propios, pero también se computan los fracasos. En general, las experiencias exitosas aumentan las creencias de

autoeficacia, mientras que las experiencias de fracaso las reducen. Las **experiencias vicarias** entregan datos sobre las realizaciones modeladas de otros, que influyen en las creencias de AE de uno mismo mediante la demostración y transferencia de competencias (*aprendizaje modelo*) y proporcionando un punto de referencia para la comparación social. La **persuasión verbal** de "*otros significativos*" (Bandura, 1997) puede convencer a la gente de sus capacidades, especialmente si esta persuasión viene de una fuente creíble. Los **estados fisiológico y afectivo** proporcionan información sobre la excitación fisiológica y afectiva durante situaciones en las que se demuestra la capacidad en el dominio en cuestión. En situaciones estresantes la gente tiende a leer esta información somática como un indicador de disfunción, lo que afecta negativamente a las creencias de AE.

Es importante destacar que no es el cambio conductual el que desencadena las percepciones de AE de manera directa. En última instancia, serían las interpretaciones cognitivas, mediadas por las distintas modalidades, las que producirían el juicio sobre la propia habilidad. La AE es, entonces, un proceso cognitivo que permite entender el cambio y los mecanismos que operan en él.

La teoría de la AE ofrece tres grandes ventajas comparativas:

- *La primera es que se trata de una teoría amplia e integradora, que puede articularse con otras como las de Beck (centrada básicamente en pensamientos automáticos y en las distorsiones cognitivas) o Meichenbaum (centrada en el automanejo, es decir, en el empleo por parte del propio individuo de los principios conductuales para la modificación de su conducta), y que resulta comprobable al poder medirse las expectativas independientemente de la ejecución.*

También propone expectativas concretas e índices útiles acerca del nivel en que las experiencias de aprendizaje han sido cognitivamente procesadas y utilizadas para predecir la conducta futura (Goldfried y Robins, 1983).

- *La segunda reside en la posibilidad de predecir* en qué medida los juicios correctos o incorrectos de AE determinan la elección de actividades y estímulos ambientales, así como el esfuerzo y el tiempo que se empeñarán para conseguir algo positivo pese a las experiencias negativas u obstáculos (Bandura, 1982).
- *La tercera radica en la posibilidad cierta de aplicarla en áreas tan diversas* como el rendimiento académico y deportivo, el comportamiento interpersonal y las conductas adictivas. (Bandura, 1995).

## **2. La autoeficacia en el contexto de las escuelas psicológicas**

El constructo de la AE ocupa, sin duda, un lugar central entre los tipos de pensamiento auto-referente que afectan la acción y el funcionamiento humano ya que cumple un rol mediacional, actuando a modo de filtro entre las habilidades y logros anteriores del individuo y su conducta subsiguiente.

En este sentido, la AE se relaciona con constructos que, de un modo u otro, han sido tocados o forman parte de la visión del comportamiento humano que han desarrollado las principales escuelas psicológicas desde hace más de un siglo.

## 2.1. Autoeficacia y funcionalismo

William James, considerado el padre de la psicología norteamericana e iniciador de la Escuela Funcionalista (llamada así porque subraya el estudio de la mente como una parte funcional, esencialmente útil, del organismo humano, relacionando los procesos psicológicos con la fisiología), fue quizás el primero en hablar del constructo de “autoestima”, estrechamente ligado al de la AE, *“pues uno muestra la evaluación cognitiva de las capacidades que uno tiene, y el otro la valoración afectiva de esta evaluación; el fracaso al intentar superar un problema impacta en ambas.”* (Saravia y French, 2012, p. 2):

“Yo, que para la época he arriesgado todo para ser psicólogo, me siento mortificado si otros saben mucho más sobre psicología que yo. Pero me alegra revolverme en la más grande ignorancia de la lengua griega. Mis deficiencias en esta materia no me producen ninguna sensación de humillación personal. Si tuviera ‘pretensiones’ de ser lingüista, se habría producido el efecto inverso. Sin intento no puede haber fracaso; sin fracaso no hay humillación. Lo que sentimos con respecto a nosotros mismos en este mundo depende enteramente de lo que apostemos ser y hacer. Está determinado por la proporción entre nuestra realidad y nuestras supuestas potencialidades; una fracción en la cual el denominador son nuestras pretensiones y el numerador, nuestro éxito: por lo tanto, dicha fracción puede aumentarse tanto disminuyendo el denominador como aumentando el numerador. Tan maravilloso consuelo es ceder en pretensiones, como verlas colmadas”. (James, 1890; cit. en Holuigue, 2004)

El análisis de la narración de James permite acercarse a su descripción del concepto de la AE. De acuerdo con la teoría social cognitiva, las creencias de autoeficacia afectan el comportamiento humano de cuatro formas. Primero, la autoeficacia influye en la elección de actividades y conductas. Las personas

tienden a elegir y comprometerse en actividades en las cuales se consideran altamente eficaces y tienden a evitar aquellas en las cuales se consideran ineficaces. James se ha comprometido y esforzado en ser psicólogo, donde se siente eficaz, pero ha abandonado cualquier posibilidad de aprender griego, área en la que se siente nulo, por lo que no invierte esfuerzos en tratar de ser eficaz en ella. Esto se relaciona con el segundo postulado de la teoría, que señala que la AE determina cuánto esfuerzo invierten las personas en una actividad, así como cuán perseverantes serán frente a los obstáculos que puedan presentársele. Mientras más AE perciba, mayor será el grado de esfuerzo invertido y la persistencia de las personas en la actividad. Coincidiendo con Pajares y Schunk (2001, cit. por Ornelas et al., 2012) se crea un tipo de “profecía auto cumplida”, ya que la mayor perseverancia asociada a las creencias de eficacia fuertes conducen a un mejor rendimiento, que a su vez produce un sentido de eficacia personal incrementado, mientras que las creencias de AE débiles limitan el potencial del sujeto para fortalecer sus creencias de autoeficacia. La tercera forma en que la AE afecta al comportamiento humano es influyendo sobre los patrones de pensamiento y las reacciones emocionales. Las personas que sienten baja autoeficacia en un área, por ejemplo, pueden considerar las actividades que deberían realizar allí como mucho más difíciles de lo que realmente son (lo que le habría ocurrido a William James con el idioma griego), ocasionándoles un alto grado de estrés y ansiedad, además de pensamientos negativos acerca de su posible desempeño. Un alto nivel de AE, por otra parte, brinda una mayor confianza y serenidad en el afrontamiento de tareas complejas, como los estudios de psicología en el caso del autor norteamericano. La AE influye a su vez en las atribuciones causales que el individuo realiza frente al éxito o al fracaso en las actividades.



La cuarta forma en la cual la autoeficacia afecta el comportamiento es permitiendo al sujeto ser un productor de su propio futuro y no un simple predictor. Quienes se perciben a sí mismos eficaces se imponen retos, intensifican sus esfuerzos cuando el rendimiento no es suficiente de acuerdo con las metas que se hayan propuesto, experimentan bajos grados de estrés ante tareas difíciles y presentan una gran cantidad de intereses por actividades nuevas, obteniendo “ese maravilloso consuelo” que señala James, de “*ver las pretensiones colmadas*”.

## **2.2. Autoeficacia y conductismo**

La relación entre Bandura y el conductismo es bastante estrecha, a través de la Teoría del Aprendizaje Social, desarrollada inicialmente en los años 30 y 40 por el Grupo de Yale y más tarde por investigadores como Robert Sears (Villar y Pastor, 2003; pp. 229-232). Sin embargo, deja de lado los conceptos tomados de la teoría psicoanalítica sobre la personalidad, que habían sido adaptados en la teoría original del aprendizaje social del grupo de Yale para lograr convertirlos en mecanismos observables y contrastables. (Villar y Pastor, 2003; pp. 229, 235).

Según Arthur Staats, impulsor de lo que él llamó “*conductismo social*” (luego “conductismo paradigmático”, y posteriormente “conductismo psicológico”) (Acures, 2017), “*que introduce una teoría que permite unir el método del análisis comportamental con el concepto de personalidad como causa y con los métodos tradicionales de la medición psicológica.*” (Staats, 1979; p. 24), la teoría de la AE sería derivada de sus investigaciones, que ampliaron el conductismo operante de Skinner:

“La diferencia entre el enfoque conductista elemental y el enfoque del conductismo social fue evidente en el tratamiento de 1963 del auto-concepto (...). La teoría tradicional de la personalidad había sugerido que el auto-concepto era un importante proceso de personalidad que ayudaba a determinar el comportamiento de un individuo. Keller y Shoenfeld (1950) siguieron la pauta conductista sugiriendo que el auto-concepto no era un proceso de personalidad en ese sentido, sino que era meramente conducta verbal --o sea que era lo que el individuo decía sobre sí mismo--. Esto colocó al auto-concepto en el papel de efecto, no de causa. El concepto del conductismo social, sin embargo, era que el auto-concepto consistía en auto-descripción verbal. Pero eso era solo parte del conocimiento que se necesitaba. Era necesario explicar cómo se adquiría el auto-concepto. Igualmente importante, era necesario explicar cómo funcionaba el auto-concepto -cómo actuaba a manera de causa de la conducta del individuo. El análisis del conductismo social procedía a indicar que lo que el individuo decía de sí mismo actuaba como causa de la conducta de otras personas en relación con él. Una persona que habla mal de sí misma será tratada diferentemente que una persona que habla bien. Más aún, lo que el individuo dice acerca de sí mismo, lo que se dice a sí mismo, actúa como causa de su propio comportamiento. Lo que una persona se dice a sí misma entra en su pensamiento y en su razonamiento, en la solución de sus problemas y en sus planes. La persona que dice cosas positivas de sí misma, piensa y planea en forma diferente que la persona que dice cosas negativas. Estas son las cosas que hacen que el concepto de sí mismo sea un proceso causativo de la personalidad. Puede notarse aquí que este análisis del conductismo social del auto-concepto como un concepto de la personalidad, fue añadido más adelante a la teoría de Bandura del aprendizaje social (1969), y dicho concepto ocupa un lugar central en su obra más reciente que él denomina teoría de la auto-eficacia (Bandura, 1977).” (Staats, 1979; p. 25)

De hecho, Bandura mantiene la relación estímulo-respuesta, pero introduciendo variables cognitivas intermedias, en el esquema E-O-R (estímulo-organismo-respuesta) del neo conductismo:

*“También se ha demostrado que los cambios en el comportamiento producidos por estímulos que significan ya sea eventos venideros o consecuencias de respuesta probable, dependen en gran medida de*

*representaciones cognitivas de contingencias. Las personas no se ven muy afectadas por la estimulación pareada a menos que reconozcan que los eventos están correlacionados (Dawson & Furedy, 1976, Grings, 1973). Los estímulos influyen en la probabilidad de que un comportamiento se realice en virtud de su función predictiva, no porque los estímulos estén automáticamente conectados a las respuestas por haber ocurrido juntos. La reinterpretación de determinantes antecedentes como señales predictivas, más que como estímulos controladores, ha desplazado el lugar de la regulación del comportamiento del estímulo al individuo.” (Bandura, 1977; p. 192)*

Las experiencias, propias o vicarias, así como la persuasión verbal y la retroalimentación fisiológica y emocional son las variables que modulan la respuesta a los estímulos desde las capacidades cognitivas, generando una mayor o menor AE, que significa la asunción del control personal por parte del individuo.

“Bandura expande el modelo conductista hasta sus límites, dejando de lado las asociaciones simples E-R para incorporar de forma masiva procesos y conceptos claramente cognitivos que, desde una posición conductista ortodoxa habrían sido considerados tabú (atención, memoria, simbolización, razonamiento, etc.). También es reseñable sus insistencia en una concepción más activa de la persona, que en el modelo de Bandura nos aparece como agente, como capaz de ejercer control sobre el ambiente y sobre su propia vida: los individuos para Bandura somos al mismo tiempo productores y productos de los sistemas sociales en los que nos desarrollamos.” (Villar y Pastor, 2003; p. 239)

Junto con Bandura, otros investigadores han contribuido a ampliar el campo del neo conductismo desde la Teoría del Aprendizaje Social, como Rotter y el constructo del locus de control, que hace referencia al grado en que las personas sienten que tienen o no el control sobre los acontecimientos que influyen en sus vidas. Quienes consideran que tienen el control sobre lo que

ocurre poseen un locus de control interno. Sin embargo, quienes piensan que no tienen el control sobre lo que sucede y que los factores externos son los responsables, presentan un locus de control externo:

“En 1966, Julián B. Rotter introdujo el concepto de locus de control para hacer referencia a las expectativas que tiene una persona respecto a los resultados de sus acciones. Rotter observó que las personas podían ser clasificadas según su locus de control como internos -aquellos sujetos que perciben una conexión entre sus acciones y los resultados recibidos- y externos -individuos que, en cambio, no suelen reconocer esta asociación y tienden adjudicar la causalidad de los resultados a cuestiones externas como la suerte, el destino o la acción de otros-. El locus de control interno es un concepto que hace referencia a la agencia personal, afecta los pensamientos y acciones de control e incide positivamente sobre nuestras creencias, motivaciones y competencias. De esta manera, se lo entiende como un componente que coadyuva a las conductas motivadas (McCombs, 1991; Rotter 1966) y también como un rasgo de personalidad. Por ello ha sido uno de las características más estudiadas durante los últimos cuarenta años en psicología (Twenge, Zhang & Im, 2004).” (Serna y Brenlla, 2014; p. 36)

El locus de control se considera un constructo estrechamente vinculado a la autoeficacia, ya que un locus interno es predictivo de mayor autoeficacia. (Lugli, 2011; p. 45)

### **2.3. Autoeficacia y humanismo**

Siguiendo a Naranjo (2009), la psicología humanista se definió como “una tercera fuerza”, entre el conductismo y el psicoanálisis, centrándose en el estudio de la motivación y las necesidades. Desde que Abraham Maslow definiera su Pirámide de las Necesidades (1943), la teoría sobre estas sensaciones continuó desarrollándose. En los años 70-80, Clayton Alderfer reagrupó las necesidades en 3 categorías:

**“Existencia:** son aquellas necesidades básicas y materiales que se satisfacen mediante factores externos y corresponden a las necesidades fisiológicas y de seguridad.

**Relación:** requieren para su satisfacción de las relaciones interpersonales y de la pertenencia a un grupo. Se refieren a las necesidades sociales y de aceptación.

**Crecimiento:** son las necesidades de desarrollo personal. Se satisfacen cuando la persona logra objetivos importantes para su proyecto vital, e incluyen el reconocimiento, la autoestima y la autorrealización.” (Naranjo, 2009; p.158)

Según Alderfer, en el modelo piramidal de Maslow se daría un movimiento ascendente de satisfacción progresiva, así como uno de frustración regresiva, que conduciría a la persona hacia atrás. Sobre esta base, si alguien se siente frustrado por no poder satisfacer ciertas necesidades, retrocederá para satisfacer necesidades inferiores.

Una gran influencia alcanzó también la teoría de McClelland (1961), que destaca tres motivaciones particularmente importantes: la necesidad de logro, la de afiliación y la de poder. Estas motivaciones son esenciales porque llevan a las personas a comportarse en formas que afectan decisivamente su desempeño en muchos trabajos y tareas.

Estas son motivaciones sociales, aprendidas en el enfrentamiento activo con el entorno. Las recompensas que suceden a una conducta la refuerzan, aumentando la probabilidad de que se repita. De este modo, si el comportamiento opera en un ambiente propicio para obtener resultados satisfactorios, se aprenderá algo más que la respuesta a un problema específico, ya que se verá reforzada la forma de comportamiento asociada con el éxito. En condiciones que estimulan la independencia y moderan la toma de riesgos, el individuo se motiva por asumir retos de proporciones manejables, buscando experimentar altos sentimientos de logro. Asimismo,

una fuerte necesidad de afiliación o de poder evidenciaría una historia de recompensas asociadas con el comportamiento sociable o dominante. Las necesidades de logro, afiliación y poder, entonces, son fuertes o débiles según las asociaciones pasadas que se realicen con el desempeño y las recompensas obtenidas en la solución de situaciones, tal como la AE se ve potenciada por las experiencias de dominio y disminuida por los fracasos.

En la actualidad, existe una fuerte tendencia – especialmente en el ámbito de la investigación académica – a asociar la AE con la motivación al logro, puesto que una persona motivada para conseguir el éxito lo hará sobre la base de una alta AE percibida (Ruiz, 2005; Hernández y Contreras, 2005; Elías, Noordin y Mahyuddin, 2010; Awan, Noureen y Naz, 2011; Müller y Vilches, 2014; Becerra-González y Reidl, 2015; Davids, 2015), relacionada con una fuerte motivación intrínseca (Ryan y Deci, 2002; cit. por Camposeco, 2012).

En este mismo sentido, la AE tiene una alta incidencia en el proceso de autorrealización personal pregonado por Rogers, emparentado con el de la auto actualización de Maslow (Olson, 2013). Sin duda, para lograr la madurez que se ejemplifica en personalidades resilientes como Mahatma Gandhi, Viktor Frankl o Nelson Mandela, se debe poseer una alta percepción de AE que fundamente la motivación para seguir avanzando hacia el logro de los objetivos de vida pese a las dificultades.

#### **2.4. Autoeficacia y psicoanálisis**

El psicoanálisis en su vertiente más clásica y la teoría del aprendizaje, basada en supuestos cognitivo-conductuales, no tienen – ni pueden tener – ninguna relación puesto que se basan en puntos de partida diferentes:

“A diferencia de la psicología y la psicoterapia cognitiva que tienen como axioma básico ‘de acuerdo a cómo se piensa, así se siente’, dando prioridad absoluta a la cognición, el psicoanálisis entiende la relación de una manera más compleja: cognición y afectividad se dan vida mutuamente, forman estructuras cognitivas-afectivas que se van articulando a lo largo de la vida. De acuerdo a cómo se piensa, así se siente, y también, y no en forma menos importante, así como se siente se piensa (base emocional del prejuicio). Afectividad que tiene su origen, y continua dependencia, de estructuras neurobiológicas y hormonales diferentes de las que subyacen a la cognición, como los estudios actuales en neurociencias no dejan lugar a dudas. Por algo el psicoanálisis insistió siempre en el concepto de pulsión, del papel del cuerpo biológico como componente de las estructuras.” (Bleichmar, 1999). Siguiendo a Pereira (2009), la perspectiva cognitivo-conductual plantea que los síntomas corresponden a pensamientos distorsionados e irracionales del paciente, o sea, son respuestas equivocadas que provocan emociones negativas, modificables mediante una reeducación. El abordaje clínico identifica los pensamientos irracionales, falsos o incorrectos y busca cambiarlos por otros, sugeridos por el terapeuta, más ajustados a la realidad. El sujeto es tratado como una unidad biológica, susceptible de ser cuantificado y objetivado, entrenado y reconducido a la "normalidad", o sea, a la adaptación social.

*“El psicoanálisis plantea una diferencia fundamental, pues considera que el ser humano está radicalmente dividido entre la búsqueda de placer y la búsqueda de sufrimiento, algo que no ocurre por un error del pensamiento sino que, muy por el contrario, es constitutivo y esencial de todo ser humano. Esta división se manifiesta claramente en los síntomas (...) Y es que los síntomas son en sí mismos la expresión de esta división a la que todo ser humano está sujeto.*

*El inconsciente trabaja todo el tiempo en el sentido de revelar esta división esencial, de allí la repetición de la que se quejan los pacientes: "Siempre me pasa lo mismo", "Nunca consigo tal o cual cosa". De allí, también, que cuando un tratamiento sólo busca la desaparición de un síntoma, éste se desplaza, es decir, tarde o temprano reaparece, ya sea bajo la misma forma o bajo un aspecto diferente.*

*El psicoanálisis, por tanto, considera al síntoma como una manifestación legítima, una manera en que lo más verdadero de un sujeto intenta expresarse; por ello pide al paciente que hable de lo que le ocurre, pues en estos relatos irá descubriendo sus sentidos y asumirá su deseo, único modo de limitar el sufrimiento.*

*En el curso de un análisis, una vez desvelado su sentido, los síntomas desaparecen, sin embargo éste no es el objetivo final del tratamiento,*

*sino una consecuencia secundaria del trabajo analítico, cuya meta es que el sujeto pueda alcanzar una posición diferente respecto al sufrimiento.” (Pereira, 2009)*

Sin embargo, pese a las notorias diferencias, algunos connotados psicoanalistas como Kenneth A. Frank (2001) han mostrado la conveniencia de incorporar aspectos de la teoría del aprendizaje social como la AE, partiendo de la base de la utilidad de lograr que el insight del paciente se traduzca en un impulso a la acción para modificar sus circunstancias vitales, enfrentando asertivamente lo que se considera la fuente de sus conflictos y llevándolos al crecimiento psicológico., dentro de la reactivación de un antiguo interés del psicoanálisis por la motivación exploratoria – asertiva. Esto implica una apertura del analista a participar más activamente en la búsqueda de los objetivos vitales del paciente:

“Concentrarse en las acciones del individuo en el campo relacional global, relacionar las especificidades y sutilezas de la vida intrapsíquica con el campo de experiencias e interacciones que forman la malla de la realidad vital individual, y emplear selectivamente técnicas analíticas en modos, a veces activos, que pueden formar constructivamente la conducta real y ayudar a los pacientes en sus esfuerzos en el trabajo afuera con las realidades de la existencia de cada día, añada al análisis una dimensión de potenciación del sujeto. Los analistas pueden, desde esta perspectiva, ayudar activamente a los pacientes con orientación, información, y estrategias de afrontamiento específicas que hagan avanzar los objetivos de un análisis. El cambio a un paradigma de tratamiento bipersonal invita a los analistas a reconsiderar la naturaleza de la acción terapéutica, a probar los límites de formas abiertas de participación psicoanalítica, y a incorporar más activamente acciones del paciente afuera y modos de solución de problemas, dentro el proceso psicoanalítico.” (Frank, 2001)

Para Frank (2001), el constructo de AE es valioso, pese a estar relacionado con habilidades concretas, por cuanto no parte tanto de la habilidad real sino de la percepción que se tiene de ella, de las creencias acerca de la propia



capacidad de lograr lo que se ha propuesto. La AE coopera en la promoción del sentimiento de ser agente activo y de la autoestima, puesto que se relaciona estrechamente con dichos constructos, influyendo todos en el nivel de confianza, el sentido de autonomía y la libertad personal experimentados por el individuo.

“El proceso de elaboración en psicoanálisis abarca un inter juego de respuestas desarrolladas en el encuentro con retos y en el insight. Los nuevos modelos de conducta, más adaptativos, y los antiguos, menos adaptativos, y sus orígenes y significados son clarificados, diferenciados y contrastados; se hacen intentos de identificar e integrar las nuevas y diferentes experiencias del self, sentimientos, y actitudes que acompañan la nueva capacidad de dominio de situaciones y la percepción de autoeficacia que se hace posible a través de ésta. Los sentimientos de autoeficacia, un importante beneficio del tratamiento, caracterizan por lo tanto a los pacientes que pueden aprovechar más constructivamente la elaboración de la terapia analítica de su motivación exploratorio-assertiva para promover un desarrollo psicológico progresivo. Lograr sentimientos de autoeficacia también apoya nuevas ganancias en el tratamiento.” (Frank, 2001)

## **2.5. Autoeficacia y Psicología Transpersonal**

Sobre la psicología transpersonal, puede decirse que *“se trata de una Psicología que fue cobrando cuerpo desde fines de la década de 1960, como continuación natural de la Psicología Humanista (Maslow, Rogers, Frankl y otros), haciendo hincapié (en sus conceptos y sus técnicas) en ayudar al mayor despliegue de la persona, incluyendo en ello su búsqueda de un Sentido Trascendente en relación a la realidad y a su propia vida.”* (Gawel, 2017)

Desde la vereda de la teoría del aprendizaje social, también hay concordancias expresas. Bandura (2003) valida la modelación espiritual a través de, por ejemplo, las experiencias vicarias y la persuasión verbal,

Factores esenciales en la experiencia espiritual y religiosa (Oman et al., 2012; p. 278):

“La modelación también sirve como un vehículo importante en el cultivo de la eficacia personal y colectiva. Los modelos competentes transmiten conocimientos, habilidades y estrategias para manejar diferentes circunstancias existenciales. Por su ejemplo en la lucha contra los desafíos, los modelos fomentan las aspiraciones y la resiliencia frente a la adversidad. Ver a personas en circunstancias similares que tienen éxito haciendo frente a las dificultades con el esfuerzo perseverante eleva las creencias de los observadores en su eficacia personal y colectiva tanto para cambiar positivamente sus vidas y dar forma al futuro de la sociedad (Bandura, 1997, 2000). Las creencias de eficacia influyen en si la gente piensa de forma optimista o pesimista; en los cursos de acción que deciden seguir, los objetivos que se fijaron y su compromiso con ellos, cuánto esfuerzo hicieron en determinados empeños, y los resultados que esperan que esos esfuerzos produzcan; cuánto tiempo perseveran enfrentando los obstáculos, y su resiliencia ante la adversidad; cuánto estrés y depresión experimentan luchando con las exigencias del entorno, y los logros que alcanzaron.

Los líderes de esfuerzos reformadores como Gandhi, King y Mandela, actuaron sobre fuertes convicciones morales para enfrentarse a las injusticias sociales y la falta de humanidad. Martín Luther King, Jr., (1958) modeló el movimiento de los derechos civiles sobre la doctrina de la resistencia no violenta colectiva de Gandhi (1942). A través de su modelación inspiradora y ejemplar, King cultivó las creencias de la gente en sus capacidades para enfrentar y eliminar las injusticias Este movimiento sirvió como modelo y fuente de eficacia para otros en la remoción de arraigadas y perjudiciales prácticas sociales.” (Bandura, 2003; pp. 171-172; traducción propia)

La modelación de la autoeficacia espiritual puede incluso ser medida con una escala (SMSE) creada por Omán et al. (2012), un cuestionario auto administrado de 10 ítems sobre la eficacia percibida para el aprendizaje desde modelos espirituales, definidos como personas de la comunidad o personajes prominentes que para los encuestados funcionan como ejemplo de cualidades espirituales como compasión, autocontrol o fe. Se analizó la

correlación entre aspectos demográficos, espirituales y de personalidad en una muestra racial y étnicamente diversa de estudiantes universitarios de California, Connecticut y Tennessee, obteniéndose buenos resultados en un proceso de prueba con contraprueba a las 7 semanas. Estudios aleatorios previos demostraron que la intervención psicosocial puede mejorar los rendimientos en la SMSE.

En otras áreas de la psicología transpersonal, como los cuidados paliativos, el acompañamiento espiritual contribuye decididamente al aumento de la AE tanto en cuidadores como en pacientes (Contreras y Sanhueza, 2016).

### **3. La Autoeficacia como aporte a la terapia**

De acuerdo con la teoría, los niveles de AE pueden aumentar o reducir la motivación. Así por ejemplo, las personas con alta autoeficacia eligen desempeñar tareas más desafiantes, colocándose metas y objetivos más altos. Una vez que se ha iniciado un curso de acción, las personas con alta autoeficacia invierten más esfuerzo, son más persistentes y mantienen mayor compromiso con sus metas frente a las dificultades, que aquellos que tienen menor autoeficacia (Bandura, 1997; en Hendricks, 2015).

La AE ha sido tradicionalmente entendida como referida a un dominio o una tarea específica. Sin embargo, algunos investigadores también han conceptualizado un sentido general de AE que se refiere a un dominio amplio y estable de competencia personal sobre cuán efectiva puede ser la persona al afrontar una variedad de situaciones estresantes (Schwarzer y Jerusalén, 1995, en Luszczynska, Gibbons, Piko & Tekosel, 2004; Choi, 2004; Luszczynska, Scholz y Schwarzer, 2005). Para la mayoría de las aplicaciones, Bandura (1997, 2001) plantea que la AE percibida debe ser

conceptualizada de manera específica; no obstante, la AE general puede explicar un amplio rango de conducta humana y resultados de afrontamientos cuando el contexto es menos específico. Podría ser especialmente útil cuando la investigación se centra en múltiples conductas simultáneamente (Luszczynska et al, 2004).

Para que los niveles de AE resulten útiles como predictores o indicadores de la mayor o menor probabilidad de obtener un comportamiento determinado, la AE debe ser medida. Los instrumentos más utilizados para medir el constructo de AE, son escalas de auto reporte, divididas en dos grupos:

**a) Escalas que miden un sentido de eficacia específico.** En relación a este tipo de medición Bandura (1997, 2001; en Pajares y Urdan, 2006) plantea que es importante que las escalas se ajusten al dominio particular de funcionamiento que es objeto de interés. Entre las escalas desarrolladas dentro de esta línea está la Escala de Autoeficacia Percibida para Niños (Bandura, 1990; en Carrasco y Del Barrio, 2002) que es una escala multidimensional que mide 7 distintos dominios específicos de la autoeficacia en niños y pre-adolescentes, como por ejemplo, AE para el logro académico y AE en habilidades asertivas, y **b) Escalas que miden un sentido general de autoeficacia.** Aquí destaca la Escala de Autoeficacia General de Schwarzer y Jerusalén (Luszczynska et al, 2005), traducida a 32 idiomas y utilizada en diversas culturas en población adulta y adolescente desde los 12 años de edad.

### **3.1. Autoeficacia y conductas de salud**

Por su transversalidad, el constructo de AE ha sido ampliamente usado para medir conductas muy diversas en distintos dominios de salud: manejo de enfermedades crónicas, uso de drogas, actividad sexual, fumar, realizar

ejercicio, bajar de peso, y también la habilidad para recuperarse de los problemas de salud o para evitar potenciales riesgos para la salud (Forsyth y Carey, 1998). Las investigaciones revelan que altos niveles de AE tienen consecuencias beneficiosas para el funcionamiento del individuo y su bienestar general (Grembowski, Patrick, Diehr, Durham, Beresford, Kay y Hecht, 1993; Klein-Hessling, Lohaus y Ball, 2005).

En general, la AE ha resultado un buen predictor de la adherencia a los tratamientos crónicos (Martos-Méndez, 2015) o programas preventivos. Los individuos con alta AE percibida tienen más probabilidad de iniciar cuidados preventivos, buscar tratamientos tempranos y ser más optimistas sobre su eficacia. Además, tienen más probabilidad de evaluar su salud como mejor, estar menos enfermos o depresivos, y recuperarse más rápidamente de las enfermedades que las personas con baja AE (Grembowski et al, 1993).

Como ejemplo, se puede citar diversos estudios de las últimas décadas:

- **AE y diabetes:** La diabetes mellitus 2 (DM2) se agudiza cuando las personas no cumplen adecuadamente las indicaciones médicas. Una alta AE favorece la adherencia al tratamiento (Anderson, FitzGerald, Funnell y Marrero, 2000; Aljasem y Peyrot, 2001; Sarkar, Fisher y Schilling, 2005; Mishali, Omer y Heymann, 2011; Strychar, Elisha y Schmitz, 2012; Al-Khawalde, Al-Hassan y Froelicher, 2012; Mohebi, Azadbakht, Feizi, Sharifirad y Kargar, 2013; Canales y Barra, 2014; González-Cantero, González Á., Vázquez y Galán, 2015; Rincón, 2016; Dehghan et al., 2017)
- **AE y control del estrés:** En diversas profesiones, situaciones de enfermedad o desempeño académico, es muy importante un control adecuado del estrés. Una alta percepción de AE determina un mejor

control de los factores estresantes (Lan y Gill, 1984; O'Leary, 1992; Grau, Salanova y Peiró, 2000; Zajacova, Lynch y Espenshade, 2005; Mills, Reiss y Dombeck, 2008; Álvarez y Barra, 2010; Prati, Pietrantoni y Cicognani, 2010; Vaezi y Fallah, 2011; Sebastián, 2013; McKay, Dempster y Byrne, 2014; Skaalvik y Skaalvik, 2016)

- **AE y ejercicio:** Los hallazgos indican que las percepciones de AE juegan un significativo rol sobre la conducta de realizar ejercicio. Las personas con mayores niveles de AE se comprometen más en un programa regular de actividad física que aquellos con niveles más bajos (McAuley y Jacobson, 1991; Marcus, Eaton, Rossi y Harlow, 1994; Resnick y Jenkins, 2000; Bray, Gyurcsik, Culos-Reed, Dawson y Martin, 2001; McAuley, Elavsky, Motl, Konopack, Hu y Márquez, 2005; Angove, 2005; Kroll, Kehn, Ho y Groah, 2007; Neupert, Lachman y Whitbourne, 2009; Jackson, 2010; Tamura, 2014; Boix, León-Zarceño y Serrano-Rosa, 2017)
- **Autoeficacia, obesidad y dietas:** Los hallazgos empíricos señalan que la AE percibida es una variable que influye en el éxito de los tratamientos dirigidos a la reducción del peso y en el posterior mantenimiento de las pérdidas de peso alcanzadas. También se la señala como predictor de éxito del tratamiento en la intención de comer alimentos bajos en caloría, como frutas y vegetales (Bernier y Avard, 1986; Dennis y Goldberg, 1996; Cargill, Clark, Pera, Niaura y Abrams, 1999; Richman, Loughnan, Droulers, Steinbeck y Caterson, 2001; Ruiz, Berrocal, López y Rivas, 2003; Martín, Dutton y Brantley, 2004; Campos y Pérez, 2007; Warziski, Sereika, Styn, Music y Burke, 2008; Bas y Donmez, 2009; Mata, Silva, Vieira, Carraça, Andrade, Coutinho, Sardinha y Teixeira, 2009; P.J. Lugli, 2011; Shin, Shin, Liu, Dutton, Abood e Ilich, 2011; Campos, Argüelles y Lugli, 2012; Bastianello, Epkey y McMullin, 2012; Jauregui, Reynaga-Estrada,

Macías, López, Morales, Porras y Cabrera, 2013; Walpole, Dettmer, Morrongiello, McCrindle y Hamilton, 2013; Fahgri y Burden, 2015; Whitaker, 2015; Buckley, 2016; Gómez-Peresmitré, Platas, Pineda-García, Guzmán y León, 2017)

- **Autoeficacia y tabaquismo:** Las mediciones han demostrado que la presencia de una alta AE tiene influencia sobre la conducta e intención de fumar, aunque puede variar según la cultura y grupos de pertenencia (Joseph, Manafi, Iakovaki y Cooper, 2003; Tijerina, 2005; Villa, 2005; Sterling, Diamond, Mullen, Pallonen, Ford y McAllister, 2007; Gwaltney, Metrik, Kahler y Shiffman, 2009; Romanowich, Mitz y Lamb, 2009; Morales, Díaz, Garrido y Pascual, 2011; Palacios, 2011; Godoy y Medel, 2012; Spek, Lemmens, Chatrou, Van Kempen, Pouwer y Pop, 2013; Mee, 2014; Elshatarat, Yacoub, Khraim, Saleh y Afaneh, 2016)
- **Autoeficacia y conducta sexual:** La presencia de una alta AE es un importante factor coadyuvante para la prevención de riesgos (contagio de VIH-Sida) especialmente en adolescentes, con el uso de preservativos y otras conductas seguras (Redding y Rossi, 1999; Burns y Dillon, 2005; Noboa y Serrano, 2006; Pearson, 2006; Rostosky, Dekhtyar, Cupp y Anderman, 2008; Pérez-Jiménez, Santiago-Rivas y Serrano-García, 2009; Jensen, 2011; Jenkins, 2015; Carlson y Soller, 2017)
- **Autoeficacia y manejo del dolor:** Diversos estudios han demostrado que la utilización de estrategias cognitivas resulta efectiva en la reducción del dolor, superior a algunas otras intervenciones como entrenamiento en relajación, y aun superior a medicación analgésica

en algunos casos. Particularmente, la AE percibida es señalada como mediadora del aumento de la tolerancia y disminución del distress en las respuestas de dolor (Turk, Meichenbaum y Genest, 1983; Litt, 1988; Baker y Kirsch, 1991; Wells-Federman, Arnstein y Caudill, 2002; Rokke, Fleming- Ficek, Siemens y Hegstad, 2004; Woby, Watson, Roach y Urmston, 2005; Turner, Ersek y Kemp, 2005; Costa, Maher, McAuley, Hancock y Smeets, 2011; Somers, Wren y Shelby, 2012; Yazdi-Ravandi, Taslimi, Jamshidian, Saberi, Shams y Haghparast, 2013; Söderlund, Sandborgh y Johansson, 2017)

- **Autoeficacia y manejo de adicciones:** La AE ejerce un rol importante en tratamientos y programas preventivos para el control de adicciones a drogas y alcohol, notándose aumento de la AE percibida en quienes mantuvieron abstinencia luego de las intervenciones (Di clemente, 1986; López Torrecillas, Salvador, Verdejo y Cobo, 2002; Fiorentine y Hillhouse, 2003; Majer, Jasón y Olson, 2004; Gaspar y Martínez, 2008; Cummings, Gallop y Greenfield, 2010; Melo y Castanheira, 2010; Rivera, 2011; Kadden y Litt, 2011; Chavarría, Stevens, Jasón y Ferrari, 2012; Flora y Stalikas, 2013; López Torrecillas, Torres, Delgado y Ramírez, 2015; Nikmanesh, Baluchi y Motlagh, 2016; Dubin, 2017)

En síntesis, la AE es un importante factor predictivo y de apoyo para el éxito de las diversas terapias, principalmente cognitivo-conductuales (Roca, 2002), ya que *“el hecho de que las personas (...) sean capaces de sentirse valiosas y eficaces en su accionar cotidiano y de poder tener éxito en las actividades en que se empeñen, fortalece tanto su sistema de creencias, que esto las lleva a desempeñarse con mayor nivel de efectividad y eficiencia en su diario*



*quehacer lo que resulta, a manera de feed-back, en una confirmación y fortalecimiento de sus expectativas de autoeficacia.” (Roca, 2002, p. 200).*

#### **4. Modelo Transteórico de Prochaska y Di Clemente**

Por otro lado, la autoeficacia ocupa un rol central en uno de los modelos de trabajo para el cambio conductual más utilizado en las últimas décadas, el Modelo Transteórico (*Transtheoretical Model, TTM*) desarrollado desde fines de los 70s por el Dr. James Prochaska (Migneault et al., 2005, 417) y formulado en 1982 por este autor con la colaboración del Dr. Carlo Di Clemente (Moore, 2005, 396). *“El TTM puede ser pensado como un ciclo de diversos indicadores cognitivo-conductuales que describen seis etapas diferenciadas de cambio con 10 procesos generales de modificación intencional. Prochaska y sus colegas definieron un proceso de cambio como ‘cualquier actividad que inicies para ayudar a modificar tu pensamiento, sentimientos o comportamiento’ (Prochaska, Norcross, & Di Clemente, 1994, p. 25). Las etapas del cambio auto-motivado son pre contemplación, contemplación, preparación / determinación, acción, mantención y cierre. Los procesos de cambio son actividades protegidas y abiertas, y experiencias en las que los individuos se involucran cuando intentan cambiar. El cambio efectivo depende de hacer lo correcto (procesos) en el momento indicado (etapas) (Keller y McGowan, 2001, Prochaska et al., 1992).”*.(Moore, 2005, 396)

Siguiendo a Migneault et al. (2005), son tres los métodos que, con distintos enfoques, usan la clasificación del TTM para situar a los individuos que presentan consumo problemático de sustancias. La Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (University of Rhode Island Change Assessment scale, URICA), validada por Di Clemente y

Hughes, es un método algorítmico que consta de 32 ítems que evalúan la actitud hacia el cambio de comportamiento, con cuatro sub escalas que corresponden a las actitudes dominantes en las etapas de pre contemplación, contemplación, acción y mantención. Con un enfoque multifactorial, o sea, fraccionando la medición en subescalas, el RCQ (Readiness to Change Questionnaire, Cuestionario de Preparación al Cambio) fue aplicado originalmente por Rollnick et al. A bebedores excesivos. Consisten tres escalas de cuatro ítems, denominadas como precontemplación, contemplación y acción. Posteriormente, Hile & Adkins crearon un instrumento paralelo llamado Preparación para el Cambio - Drogas (RTC-D) para el abuso de otras sustancias, que administraron junto con el RCQ, al que rebautizaron como RTC-A (*Ready to Change – Alcohol*). Los sujetos fueron clasificados usando el método de escala simple de Heather, Rollnick & Bell, examinando las asociaciones entre las etapas de disposición al cambio tanto para ambos comportamientos como para síntomas psiquiátricos, y la severidad de la adicción a través de una muestra de gran tamaño entre personas que buscaban tratamiento para sus adicciones

En cada etapa debe haber un componente esencial de autoeficacia percibida para sostener el avance a la siguiente etapa del proceso sin muchos retrocesos. *“El movimiento entre las etapas puede no ser lineal, y el avance y retroceso se considera como una parte natural del proceso de cambio. Otros constructos del modelo explican lo que impulsa a los individuos a seguir adelante entre etapas. El balance decisional implica una ponderación de los pros y los contras del cambio de comportamiento, mientras que la autoeficacia involucra la confianza de que en esa situación específica uno puede cambiar. Aumentos en los pros, descensos en los contra, y aumentos en la autoeficacia impulsan a la gente adelante a través de las etapas del cambio.”* (Noar, 2017). La lógica, probada desde los primeros estudios de

Prochaska y colegas en fumadores, es que la confianza en la autoeficacia es baja en la etapa de precontemplación pero aumenta hasta llegar a ser alta en la etapa de mantención (Nigg et al., 2011).

“Dentro del TTM existen al menos tres mediciones fundamentales que deben determinarse en la práctica clínica: la etapa de cambio, el balance decisional y la autoeficacia respecto al comportamiento o hábito de interés. La determinación de la etapa de cambio en la que se encuentra la persona permite inferir la temática a discutir en la consulta, así como las opciones de tratamiento y acciones que sean más apropiadas para el paciente. Al evaluar el balance decisional de la persona, es posible ajustar el tratamiento con la finalidad de resolver o fortalecer los puntos a favor y en contra del cambio de hábitos que el paciente tenga. La medición de la autoeficacia – que se define como la capacidad auto percibida para realizar una acción - nos permite orientar el tratamiento hacia el desarrollo de habilidades específicas que mejoren las probabilidades de éxito a largo plazo del paciente.” (Villalobos et al., 2012)

“Un instrumento que mide la autoeficacia general es el desarrollado en 1979 por Schwarzer y Jerusalén en Alemania, el cual mide la percepción que tiene la persona respecto de sus capacidades para manejar en su vida diaria diferentes situaciones estresantes. Más tarde, en 1981, reducen esta versión alemana de 20 a 10 reactivos, siendo traducida a 28 idiomas. La versión al español se tradujo por expertos en 1993 desde la escala original, con adaptaciones culturales necesarias para medir de manera contextualizada el constructo autoeficacia percibida en población costarricense, española y peruana. Los estudios de las características psicométricas de la Escala de autoeficacia General (EAG) en español, han demostrado empíricamente su confiabilidad y validez convergente y discriminante. La unidimensionalidad y homogeneidad de las versiones en español, chino y alemán se demostró a

través del análisis de la correlación ítem-ítem total, factor carga y componentes principales.” (Cid et al., 2010). Esta escala fue validada en Chile por los mismos Cid et al. en una investigación que abarcó una muestra de 360 personas de ambos sexos entre 15 y 65 años de la Comuna de Concepción, y que tuvo como objetivo evaluar características psicométricas de la Escala en población chilena, para contar con un instrumento preciso de medida de autoeficacia percibida para el país.

## **5. Adicciones**

Etimológicamente, un “adicto” en latín era alguien que, por sus deudas, pasaba a ser esclavo de su acreedor. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las adicciones son enfermedades físicas y emocionales, recogiendo ese sentido tradicional de la dependencia de la persona a una sustancia, actividad o relación que la hace perder su libertad de decisión, pasando a ser “esclavo” de esta condición, puesto que el deseo de consumir la sustancia o realizar la actividad para conseguir el efecto deseado es tan potente y le atormenta tanto (síndrome de abstinencia) que debe comprometerse en su satisfacción (comportamientos adictivos).

La adicción va más allá de una simple tendencia al consumo o el hábito, ya que sus consecuencias son lo suficientemente graves como para limitar su funcionalidad efectiva y afectar negativamente su vida personal y social, dañando su salud (física y mental). La adicción lleva a la persona a depender absolutamente de la sustancia para poder vivir, buscando su consumo permanente y compulsivamente. La adicción se vuelve el centro de su rutina existencial. Si trata de salir de ella, la ansiedad le obliga a recaer en el consumo, aunque podría dejar este estado de adicción mediante un tratamiento que resulte efectivo.

## **5.1 Definición de las adicciones**

La adicción se define por la incapacidad de controlar la conducta adictiva, asumiendo comportamientos compulsivos y perjudiciales para la calidad de vida. Cabe aquí la adicción al sexo, al juego (ludopatía), a la pornografía, a la televisión, a las nuevas tecnologías (tecnófila) y a las comidas rápidas, así como el alcoholismo, la drogodependencia, la adicción a la comida (comedores compulsivos) y el tabaquismo. Todas conducen a un estado fisiopatológico que altera el comportamiento por seguir el impulso a consumir, aunque incluso pueda llevar a conductas irracionales o contra la propia voluntad. Este síndrome se acompaña con abundantes signos y síntomas, que varían según la adicción específica, que puede abarcar desde sustancias químicas o vegetales, hasta actividades o ciertas relaciones interpersonales.

## **5.2 Causas de las adicciones**

Las sustancias adictivas poseen generalmente compuestos que imitan la acción de los neurotransmisores (compuestos químicos empleados por las neuronas para comunicarse entre sí) que generan la actividad de los centros cerebrales que controlan las sensaciones de recompensa, placer o satisfacción, con lo que se obtienen emociones gratificantes como entusiasmo, alegría y serenidad. Estas características llevan a que muchas personas las usen como “ayuda” para enfrentar conflictos o situaciones de dificultad existencial. Sin embargo, al recurrir frecuentemente a drogas, tabaco o alcohol se va produciendo acostumbamiento, lo que lleva a necesitar cantidades cada vez mayores; esto se conoce como tolerancia, y

se debe a que las sustancias adictivas sustituyen gradualmente la creación de neurotransmisores que proporcionan las sensaciones de bienestar. El adicto ya no es capaz de experimentar gozo y tranquilidad naturalmente, por lo que requiere de consumo compulsivo para evitar malestares como ansiedad, nerviosismo, alucinaciones, sudoración, temblores, escalofríos, dificultad para dormir, vómito y otros que constituyen el síndrome de abstinencia. La dependencia no siempre es física pero sí psicológica, basada en el deseo continuo de consumir la sustancia para poder superar el malestar. Esta modalidad se caracteriza porque cuando se deja de usar la droga no hay síndrome de abstinencia, o sea, molestias de tipo físico, sino solamente alteraciones emocionales y de conducta.

El DSM 5 (2013) ha dejado de usar la palabra “adicción”, reemplazándola por “trastorno por consumo de sustancias”, que describe un espectro que abarca desde un estado leve a uno grave de consumo compulsivo y continuamente recidivante (SENDA, 2014).

### **CAPITULO III. METODOLOGIA**

En el presente estudio se medirá la variable autoeficacia en los estadios motivacionales de la teoría de Proschaska y DiClemente.

La autoeficacia se medirá con un test que se encuentra debidamente validado en Chile desde el año 2010 y que cuenta con 10 reactivos, con un puntaje mínimo de 10 puntos y un puntaje máximo de 40 puntos, con respuesta de tipo Likert, donde el participante responde a cada reactivo de acuerdo a lo que la persona percibe de sus capacidades en el momento de su aplicación.

Al obtener un máximo de puntaje se interpretará como una mayor autoeficacia general percibida, a su vez a un menor puntaje obtenido tras la

aplicación de la escala, significará que el participante tiene una menor percepción de autoeficacia general percibida.

A su vez junto con la aplicación de la escala URICA que fue creada para ser aplicada en población adulta, aunque también se ha aplicado en adolescente, ha sido validado en España y en países de Latinoamérica y es utilizado en Investigaciones para medir, motivación en población en que busca cambiar hábitos de salud y su correlato en la motivación y cambio

### **3.1 Tipo y Diseño de investigación**

El estudio realizado es descriptivo - correlacional y diseño no experimental transversal , no hay manipulación de variables no obstante al correlacionar los resultados con estudios psicológicos previos orientados a los estadios motivacionales, se busca conocer la incidencia de las modalidades, categorías o niveles de una o más variables en los usuarios en COSAM de Pedro Aguirre Cerda ,establece el grado de asociación entre la variable operacional correspondientes a Autoeficacia ,se definirá en el estadio motivacional que estén las personas a estudiar.

### **3.2 Universo y Muestra**

El universo que hace referencia a esta investigación está constituido por 33 usuarios masculinos y femeninos entre 18 a 65 años que presentan consumo de distintos tipos de droga del Programa Ambulatorio Intensivo, Programa Ambulatorio Básico, pertenecientes en su totalidad al Programa de drogas para Población Adulta del COSAM de Pedro Aguirre Cerda.

### **3.3 Estrategia de Muestreo**

La muestra es no probabilística e intencionada (por conveniencia) debido a que se considerará a la totalidad de la población actual (33 sujetos en tratamiento en el último año) del COSAM de Pedro Aguirre Cerda que se encuentran en tratamiento, por lo que la unidad de análisis es la adscripción a ella como pacientes.

### **3.4 Técnica de Recolección de Datos**

Se medirá los niveles de autoeficacia en pacientes que presentan adicciones perteneciente a Cosam Pedro Aguirre Cerda y que será clasificado en las diversas etapas de cambio del Método Transteorico (Prochaska y Diclemente), usando la Escala de Autoeficacia General (EAG) validada en el país por Cid et al. (2010).

### **3.5 Técnicas**

Se aplicará también la Escala de Autoeficacia General, validada para Chile por Cid, Orellana y Barriga (2010) y que mostró en su aplicación original un coeficiente alfa de Cronbach de 0,84. Se conforma de 10 reactivos con un puntaje mínimo de 10 puntos y un máximo de 40. Las respuestas son tipo Likert, respondiendo el sujeto de acuerdo con lo que percibe de su capacidad en el momento: Incorrecto (1 punto); apenas cierto (2 puntos); más bien cierto (3 puntos) o cierto (4 puntos). En esta escala a mayor puntaje mayor autoeficacia general percibida, el cual evalúa la situación del sujeto en los estadios motivacionales al cambio propuesto por Prochaska y Diclemente, en



su modelo Transteórico. El objetivo es recoger la información que tiene relación con el indicador autoeficacia en el usuario.

### **3.6 Técnica de análisis de datos**

La técnica de análisis de datos se llevará a cabo un análisis descriptivo - correlacional, los resultados obtenidos serán recopilados a través de tablas de frecuencias, gráficos correlaciones, análisis de varianza, se podrán observar aquellas características personales a través de género, estado civil, nivel de estudios, actividad laboral, tipo de convivencia en el último año, edad en que inician tratamiento, tipo de sustancia consumida, edad de inicio del consumo, edad de inicio de la dependencia, número de unidades de droga consumidos el último año, tratamiento previo en salud mental o en un centro de tratamiento de drogodependencias y los factores psicosociales y cognitivos que influyen en la autoeficacia, observando el patrón de comportamiento a través de los resultados obtenidos; su relación en la autoeficacia en los estadios motivacionales que tendría un usuario en el programa de adicciones en población adulta del COSAM de la comuna de Pedro Aguirre Cerda.

### **3.7 Procedimientos**

- Primeramente, para la aplicación del instrumento, se contacta al encargado del COSAM de Pedro Aguirre Cerda, para plantear la investigación, solicitar su autorización y explicar el alcance pedir su colaboración.
- Se informó a los usuarios acerca del instrumento que se les iba aplicar y en qué consistía el estudio.

- Se les entrega un consentimiento informado donde se explica con claridad el test y las consignas para que comprendieran los ítems.
- Se procede a la recolección de datos con los instrumentos ya definidos.
- Por último, se procesa el análisis de los resultados utilizando el programa Excel y el paquete estadístico informático SPSS V. 20.

## CAPITULO IV RESULTADOS

### 4.1 Presentación de los resultados

Estadísticos		
Edad		
N	Válidos	31
	Perdidos	0
Media		36,90
Mediana		37,00
Moda		37
Desv. típ.		7,674
Varianza		58,890
Mínimo		21
Máximo		56

**Tabla n° 1**

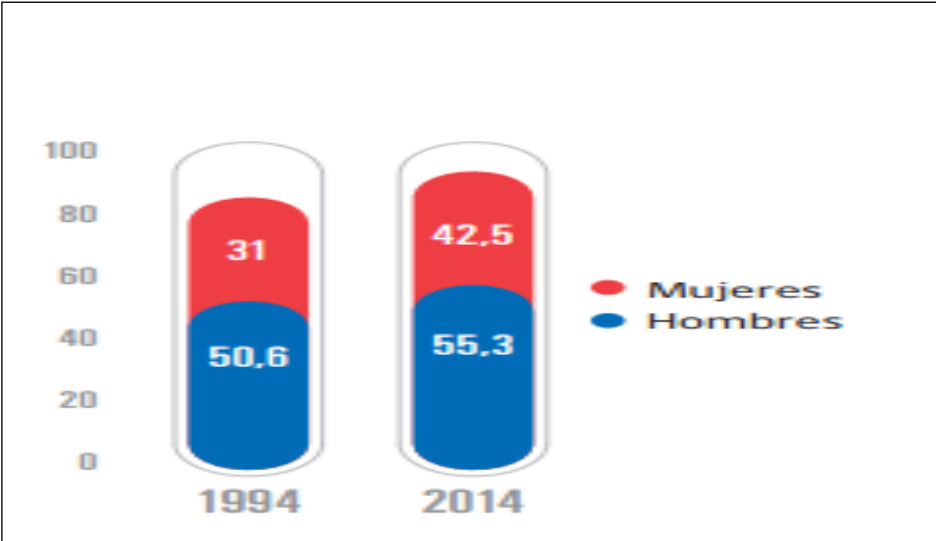
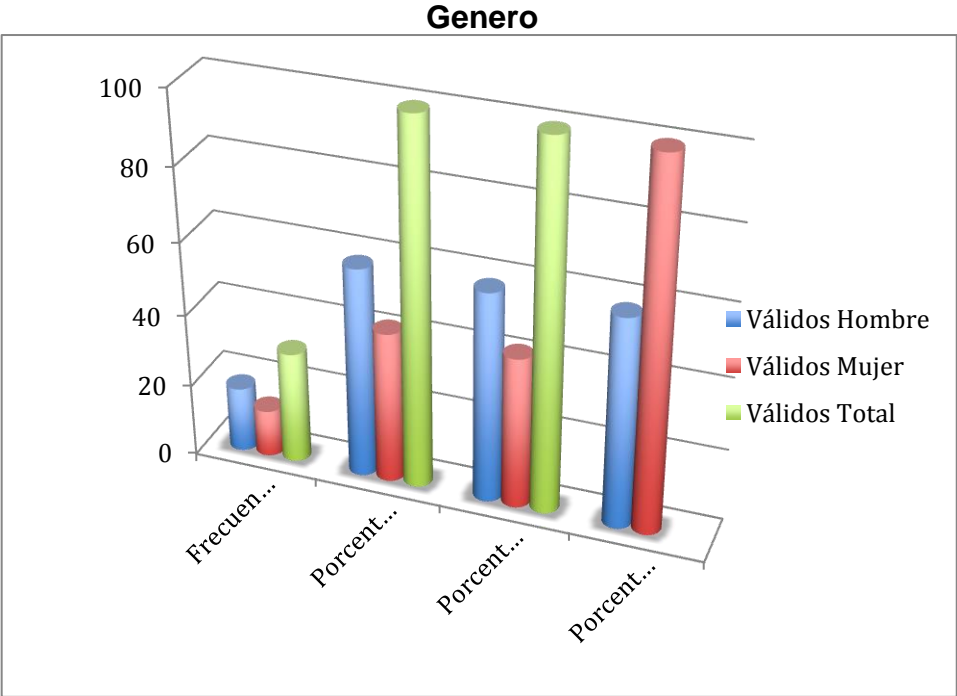
La variable edad presenta el valor mínimo de 21 años y valor máximo de 56 años, además una moda en los 37 años con una frecuencia de 12,9% y son

4 sujetos de la muestra, con una media de 36,90 años y una desviación estándar de 7,67 y una mediana de 37 años, los que es coincidente con la edad crítica de consumo definido por SENDA en su informe del año 2016, en el que señala que el grupo etéreo que se ve más afectado por el consumo de alcohol, es el comprendido entre los 20 a 39 años. (Ver tabla n°1 y n°2).

Edad					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	21	1	3,2	3,2	3,2
	23	1	3,2	3,2	6,5
	26	1	3,2	3,2	9,7
	27	1	3,2	3,2	12,9
	28	1	3,2	3,2	16,1
	31	2	6,5	6,5	22,6
	32	1	3,2	3,2	25,8
	33	2	6,5	6,5	32,3
	35	2	6,5	6,5	38,7
	37	4	12,9	12,9	51,6
	38	3	9,7	9,7	61,3
	39	3	9,7	9,7	71,0
	40	1	3,2	3,2	74,2
	41	1	3,2	3,2	77,4
	43	1	3,2	3,2	80,6
	44	2	6,5	6,5	87,1
	45	1	3,2	3,2	90,3
	46	1	3,2	3,2	93,5
	51	1	3,2	3,2	96,8
	56	1	3,2	3,2	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

**Tabla n° 2**

La variable Género presenta el 41,9% de Mujeres con un total de 13 sujetos y un 58,1% de hombre los que son 18 sujetos (Ver tabla n°3).



Es particularmente similar, la distribución de hombres y mujeres presente en el programa de tratamiento obtenido a través de la muestra, con las estadísticas nacionales obtenidas el año 2014 por SENDA, con respecto a las porcentajes de prevalencia en el consumo de alcohol entre hombres y mujeres los cuales desde el año 1994 se ido equiparando, aspecto que también da cuenta el estudio efectuado.

**Tabla n°3**

<b>Estadísticos</b>		
Meses de Tratamiento		
N	Válidos	31
	Perdidos	0
Media		6,00
Mediana		3,00
Moda		1
Desv. típ.		6,346
Varianza		40,267
Mínimo		1
Máximo		24

**Tabla n° 4**

La variable Meses presenta un valor mínimo de 1,0 meses y un valor máximo de 24,0 meses y presenta una Moda de 1,0 meses con un 35,0 % y que representa a 11 sujetos y una Media de 6,00 meses con una desviación estándar 6,34 meses y una Mediana de 3,0 meses, los que en criterios clínicos nos podría indicar una baja adherencia o una amplia efectividad y alta anticipada. (Ver tabla n°4 y n° 5).

### Meses de Tratamiento

Meses	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Válidos	1	11	35,5	35,5	
	2	2	6,5	41,9	
	3	4	12,9	54,8	
	5	1	3,2	58,1	
	6	2	6,5	64,5	
	7	3	9,7	74,2	
	9	1	3,2	77,4	
	10	1	3,2	80,6	
	12	2	6,5	87,1	
	16	1	3,2	90,3	
	18	1	3,2	93,5	
	20	1	3,2	96,8	
	24	1	3,2	100,0	
	Total	31	100,0	100,0	

**Tabla n° 5**

**Estadísticos**

Edad de Inicio del Consumo

N	Válidos	31
	Perdidos	0
Media		19,87
Mediana		20,00
Moda		15 <sup>a</sup>
Desv. típ.		6,642
Varianza		44,116
Mínimo		8
Máximo		35

a. Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

**Tabla n° 5**

La variable Edad de Inicio del Consumo presenta un valor mínimo de 8,0 años y un valor máximo de 35,0 años y presenta varias Modas una de ellas es de 15 años con un 9,7% y que representa a 3 sujetos y una Media de 19,87 años con una desviación estándar 6,64 meses y una Mediana de 20,0 meses (Ver tabla n°5 y n° 6)., lo que es particularmente coincidente con los inicio de consumo en el informe epidemiológico de SENDA el año 2016, el que señala entre otros resultados los siguientes:16,6% de los consumidores de alcohol en población escolar corresponde a niños de 13 años, con un aumento significativo cuando los niños alcanzan los 17 años, triplicándose a

una cifra de un 51,4% (ENPE, 2013). Lo que la edad de inicio en el consumo de alcohol en Chile se sitúa en los 13 años (ENPE, 2013).

**Tabla nº 6**

**Edad de Inicio del Consumo**

Años		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	8	1	3,2	3,2	3,2
	10	1	3,2	3,2	6,5
	11	1	3,2	3,2	9,7
	12	1	3,2	3,2	12,9
	13	2	6,5	6,5	19,4
	15	3	9,7	9,7	29,0
	16	1	3,2	3,2	32,3
	17	2	6,5	6,5	38,7
	18	2	6,5	6,5	45,2
	19	1	3,2	3,2	48,4
	20	3	9,7	9,7	58,1
	21	2	6,5	6,5	64,5
	22	2	6,5	6,5	71,0
	24	2	6,5	6,5	77,4
	25	1	3,2	3,2	80,6
	26	1	3,2	3,2	83,9
	27	1	3,2	3,2	87,1
	30	1	3,2	3,2	90,3
	31	2	6,5	6,5	96,8
	35	1	3,2	3,2	100,0
Total		31	100,0	100,0	

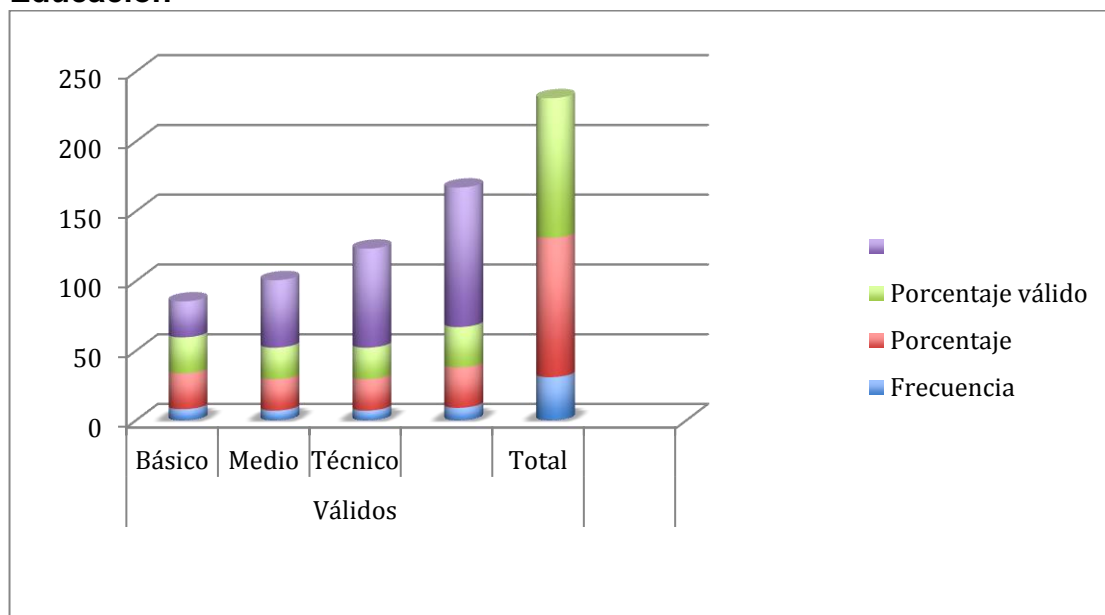
La variable Educación presenta cuatro categorías siendo la que presenta una frecuencia mayor, la referida a educación “Superior” con una frecuencia de 9 sujetos, lo que representa un 29,0%, en segundo lugar la categoría de educación “Básica” con una frecuencia de 8 sujetos con un 25,8% y dos



categorías en tercer lugar que son educación “Media” y “Técnico Profesional” con una frecuencia de 7 sujetos y un 22%, lo cual nos indica una distribución homogénea con respecto a esta variable y que no se muestran diferencias significativas con respecto a la prevalencia del consumo de alcohol en lo relativo a la muestra. (Ver tabla n°7).

**Tabla n°7**

**Educación**



La variable Ingreso presenta tres categorías de respuesta siendo la que presenta una frecuencia mayor la categoría “de 0 a 250.000” con una frecuencia de 20 sujetos que es un 64,5%, en segundo lugar la categoría “501.000 a 1.000.000” con una frecuencia de 7 sujetos y un 22,6% y en tercer lugar que son “251.000 a 500.000” con una frecuencia de 4 sujetos y un 12,9%, que en lo referido a la muestra nos muestra una prevalencia mayor en el rango de bajos ingresos, los que también debiera estar asociados a la variable de autoeficacia con respecto al desarrollo de las

respectivas actividades laborales y las motivaciones que están a la base del consumo de alcohol. (Ver tabla n°8).

**Tabla n° 8**

<b>Estadísticos</b>		
Escala de Autoeficacia		
N	Válidos	31
	Perdidos	0
Media		30,1290
Mediana		31,0000
Moda		33,00 <sup>a</sup>
Desv. típ.		4,94464
Varianza		24,449
Mínimo		21,00
Máximo		40,00
a. Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.		

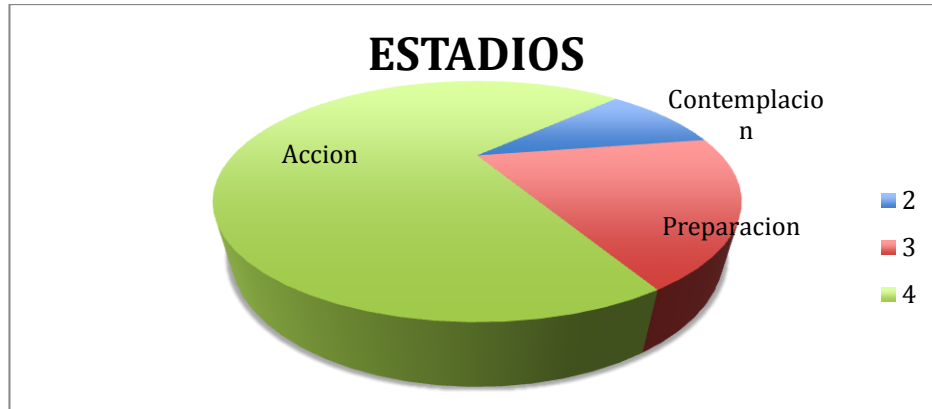
La variable **Escala de Autoeficacia** presenta un valor mínimo de 21,0 puntos y un valor máximo de 40,0 puntos y presenta una Moda de 33,0 puntos con un 12,9 % y que representa a 4 sujetos y una Media de 30,12 puntos con una desviación estándar 4,94 puntos y una Mediana de 31,0 meses, siendo importante destacar la varianza de 24,449, presentándose cierta homogeneidad en la muestra con respecto a la percepción de autoeficacia, con un Coeficiente de Variación C.V., de 0.164115. que es la relación entre la desviación típica y la media. (Ver tabla n°9 y n° 10).

## Escala de Autoeficacia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	21,00	3	9,7	9,7	9,7
	24,00	3	9,7	9,7	19,4
	26,00	1	3,2	3,2	22,6
	27,00	3	9,7	9,7	32,3
	28,00	1	3,2	3,2	35,5
	29,00	1	3,2	3,2	38,7
	30,00	2	6,5	6,5	45,2
	31,00	3	9,7	9,7	54,8
	32,00	2	6,5	6,5	61,3
	33,00	4	12,9	12,9	74,2
	34,00	1	3,2	3,2	77,4
	35,00	4	12,9	12,9	90,3
	36,00	2	6,5	6,5	96,8
	40,00	1	3,2	3,2	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

### Tabla n° 10

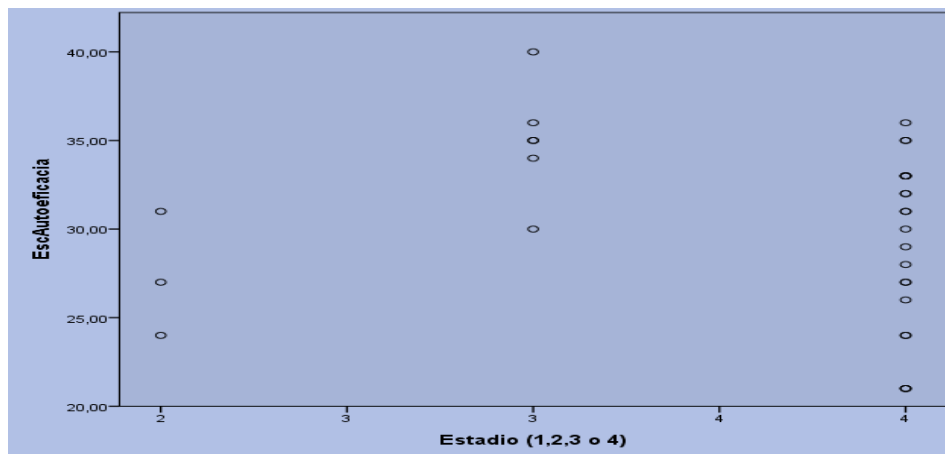
La variable Educación presenta tres categorías siendo la que presenta una frecuencia mayor la categoría “Estadio 4” con una frecuencia de 22 sujetos que es un 71,0%, en segundo lugar la categoría “Estadio 3” con una frecuencia de 6 sujetos y un 19,4% y en tercer lugar que son “Estadio 2” con una frecuencia de 3 sujetos y un 9,7%. (Ver tabla n°11).



		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	2	3	9,7	9,7	9,7
	3	6	19,4	19,4	29,0
	4	22	71,0	71,0	100,0
	Total	31	100,0	100,0	

**Tabla n° 11**

**Gráfico Escala Autoeficacia vs Estadios**



Podemos ver en el anterior gráfico que los sujetos de la muestra que están en el “Estadio 2 Contemplación” presentan puntajes más bajos 33 puntos, luego si observamos los sujetos que están en el “Estadio 3, preparación” vemos que presentan puntaje que parten de 30,0 puntos hacia arriba y por último los sujetos de la muestra que están en el “Estadio 4, acción” presentan puntajes que van desde alrededor de 20,0 puntos hasta alrededor de 37,0 puntos. Por razones propias del estudio y por el contexto clínico en el cual se encuentra la muestra, no se encontraron participantes en los “Estadio 1, pre contemplación” y “Estadio 5, mantenimiento”.

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra			
Estadio			Escala de Autoeficacia
2	N		3
	Parámetros normales <sup>a,b</sup>	Media	27,3333
		Desviación típica	3,51188
	Diferencias más extremas	Absoluta	,204
		Positiva	,204
		Negativa	-,185
	Z de Kolmogorov-Smirnov		,354
Sig. Asintót. (bilateral)		1,000	
3	N		6
	Parámetros normales <sup>a,b</sup>	Media	35,0000
		Desviación típica	3,22490
	Diferencias más extremas	Absoluta	,212
		Positiva	,212
		Negativa	-,212
	Z de Kolmogorov-Smirnov		,518
Sig. asintót. (bilateral)		,951	
4	N		22
	Parámetros normales <sup>a,b</sup>	Media	29,1818
		Desviación típica	4,73725
	Diferencias más extremas	Absoluta	,149
		Positiva	,094
		Negativa	-,149
	Z de Kolmogorov-Smirnov		,701
Sig. asintót. (bilateral)		,710	

### Pruebas no paramétricas

- |   |
|---|
| a. La distribución de contraste es la Normal. |
| b. Se han calculado a partir de los datos.    |

En el análisis anterior probamos la normalidad de las variables de "Estadios" en relación a la "Escala de Autoeficacia" para esto usamos la Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra y tuvimos resultados de significación mayores que 0,05 lo que podemos interpretar como que todas las categorías de la variable "Estadios" en relación a la variable "Escala de Autoeficacia" se comportan con curvas normales (Ver resultados en amarillo arriba). Este resultado es necesario para realizar la prueba ANOVA de una vía, si este resultado no hubiera sido que todas las distribuciones fueran normales se habría tenido que usar una prueba no paramétrica, pero no es el caso.

### **ANOVA de un factor**

Para poder relacionar la variable "Escala de Autoeficacia", que es una variable cuantitativa y la variable "Estadio" que es una variable cualitativa, ordinal, con tres categorías, tendremos que utilizar la prueba de análisis de varianza de una vía, más conocida como ANOVA de una vía. Esta prueba nos permitirá identificar si existe a lo menos una categoría que si calculamos el promedio sobre la variable Escala de Autoeficacia encontraremos que se diferencia sobre los otros promedios de las otras categorías. Pero esta prueba solo nos indicará si existe a lo menos un grupo diferente pero no nos informara cual es este grupo, para determinar esto se deberá aplicar una segunda prueba llamada prueba POST HOC.

La prueba de ANOVA da un valor  $F = 4,74$  que es significativo con un ( $p = 0,017$ ), esto indica que puede haber a lo menos una categoría que presenta un promedio en la Escala de Autoeficacia diferente a las otras categorías, pero para saber cuál tendremos que realizar la prueba llamada, Prueba Tuke.

ANOVA de un factor					
Escala Autoeficacia					
	Suma de cuadrados	gl	Media cuadrática	F	Sig.
Inter-grupos	185,544	2	92,772	4,741	,017
Intra-grupos	547,939	28	19,569		
Total	733,484	30			

### Pruebas post hoc

#### Comparaciones múltiples

Variable dependiente: Escala Autoeficacia

HSD de Tukey

(I) Estadio (1,2,3 o 4)	(J) Estadio (1,2,3 o 4)	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%
					Límite inferior
2	3	-7,66667	3,12804	,053	-15,4065
	4	-1,84848	2,72261	,778	-8,5852
3	2	7,66667	3,12804	,053	-,0732
	4	5,81818*	2,03741	,021	,7769
4	2	1,84848	2,72261	,778	-4,8882
	3	-5,81818*	2,03741	,021	-10,8595



Variable dependiente: Escala Autoeficacia HSD de Tukey		
(I) Estadio (1,2,3 o 4)	(J) Estadio (1,2,3 o 4)	Intervalo de confianza al 95% Límite superior
2	3	,0732
	4	4,8882
3	2	15,4065
	4	10,8595*
4	2	8,5852
	3	-,7769*

\* La diferencia de medias es significativa al nivel 0.05.

### Subconjuntos Homogéneos

Al revisar el subconjuntos homogéneos de la prueba Post Hoc de Tukey, vemos que las categorías de la variable “Estadios” se reparten en dos grupos, las primera están los “Estadios 2” con un puntaje promedio en la escala de “Escala de Autoeficacia” de 27,33 puntos y un segundo están la categoría “Estadios 3” con un puntaje promedio en la escala “Escala de Autoeficacia” de 35,00 puntos. Estos dos grupo presenta una diferencia significativa con un ( $p= 0,05$ ). El “Estadio 4” no se diferencia de ninguno de los otros “Estadios”.

Escala Autoeficacia Percibida			
HSD de Tukey			
Estadio (1,2,3 o 4)	N	Subconjunto para alfa = 0.05	
		1	2
2	3	27,3333	
4	22	29,1818	29,1818
3	6		35,0000
Sig.		,770	,092

Se muestran las medias para los grupos en los subconjuntos homogéneos.

a. Usa el tamaño muestra de la media armónica = 5,500.

b. Los tamaños de los grupos no son iguales. Se utilizará la media armónica de los tamaños de los grupos. Los niveles de error de tipo I no están garantizados.

## CAPITULO IV. RESULTADOS

Es importante destacar que la muestra utilizada es representativa con respecto a los datos generales de prevalencia del consumo de alcohol conforme al informe epidemiológico de SENDA del año 2016, lo que entrega a este estudio una coherencia importante a la hora de relacionar variables como son la autoeficacia con los estadios motivacionales, constituyéndose una base primordial a la hora de abordar un tratamiento contra la adicción al alcohol, considerando los diferentes factores relacionados y sus distintas dimensiones, sean estas atributivas, conductuales, cognitivas y fundamentalmente médicas.

No obstante respecto a los resultados y fundamentalmente de la muestra se puede señalar lo siguiente:

- 4.2.1 La variable edad presenta un valor promedio de 37 años, los que es coincidente con la edad crítica de consumo definido por SENDA en su informe epidemiológico del año 2016, en el que señala que el grupo etéreo que se ve más afectado por el consumo de alcohol, es el comprendido entre los 20 a 39 años.
- 4.2.2 La distribución de hombres y mujeres del presente estudio representa el 58% y 41 % respectivamente, mostrando una distribución similar a las obtenidas con las estadísticas nacionales del año 2014 por SENDA. Con respecto a las porcentajes de prevalencia en el consumo de alcohol entre hombres y mujeres, estos han aumentado considerablemente desde el año 1994 igualando los porcentajes de prevalencia de mujeres con respecto a los hombres.

- 4.2.3 En lo referido a la Edad de Inicio del Consumo, esta se informa a través de la muestra que es a los 8 años y un valor máximo de 35 años y con un promedio de 19 años, lo que también se relaciona con los inicio de consumo en el informe epidemiológico de SENDA el año 2016, el que señala entre otros resultados como inicio del consumo alcohólico los 13 años, con un aumento significativo cuando los niños alcanzan los 17 años, triplicándose a una cifra de un 51,4% (ENPE, 2013).
- 4.2.4 Con respecto a educación no se observan diferencias significativas entre lo que es la educación superior básica, educación media y técnico profesional, por lo que no constituiría una variable relevante con respecto a la prevalencia del consumo alcohólico y su posterior representación en conducta adictiva.
- 4.2.5 En lo referido a los ingresos económicos de los participantes incluidos en la presente muestra, si se muestran diferencias significativas, existiendo un porcentaje mayor de consumo cuando los ingresos son similares o están en el rango del denominado ingreso mínimo, siendo los porcentajes inferiores cuando los ingresos económicos aumentan. El 64,5% corresponde a participantes con ingresos de hasta \$ 250.000, el 12,9% con ingresos de hasta \$ 500.000 y un 22,6% con ingresos de hasta \$ 1.000.000.
- 4.2.6 En relación a los puntajes de autoeficacia obtenidos se puede terminar que existe una homogeneidad con respecto a la totalidad de los participantes, presentando un coeficiente de variación de un 16%.
- 4.2.7 En lo referido a los estadios motivacionales relacionados a los años de educación de los participantes, se obtienen los siguientes resultados: el “Estadio 4, acción” presenta una mayor frecuencia con un 71,0%, en segundo lugar la categoría “Estadio 3, preparación” con una frecuencia de 19,4% y en tercer lugar que son “Estadio 2,

contemplación” con una frecuencia de 9,7%, estableciéndose una relación entre estadios motivacionales y años de escolaridad.

- 4.2.8 Con respecto a cómo se comportan las variables de autoeficacia y estadios motivacionales, se procedió a utilizar la Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra obteniendo resultados de significación mayores a 0,05, por lo que todas las categorías de la variable “Estadios” en relación a la variable “Escala de Autoeficacia” se comportan con curvas normales.
- 4.2.9 En cuanto a la prueba ANOVA de un factor para la autoeficacia, muestra una distribución F positiva de 4,741, que es significativo con un ( $p = 0,017$ ).
- 4.2.10** Al revisar el subconjuntos homogéneos de la prueba Post Hoc de Tukey, vemos que las categorías de la variable “Estadios” se reparten en dos grupos, las primera están los “Estadios 2” con un puntaje promedio en la escala de “Escala de Autoeficacia” de 27,33 puntos y un segundo están la categoría” Estadios 3” con un puntaje promedio en la escala “Escala de Autoeficacia” de 35,00 puntos. Estos dos grupo presenta una diferencia significativa con un ( $p= 0,05$ ). El “Estadio 4” no se diferencia de ninguno de los otros “Estadios”.

## **CAPITULO V. CONCLUSIONES Y DISCUSION**

### **5.1. Conclusiones**

Conforme a los niveles de autoeficacia percibida de los participantes a través de la escala de autoeficacia general (EAG), se pudo determinar que los niveles de autoeficacia se comportan en una curva normal con respecto a los estadios motivacionales, no obstante la gran variedad de tiempo en cuanto al tratamiento de la muestra observada, puede dar cuenta, de distorsiones respecto de la autoeficacia percibida, que puede estar acorde con sentirse capaz, como una dimensión cognitiva específica. No obstante la autoestima, como dimensión cognitiva global, debe ser considerada en estudios futuros, por lo que sería de gran interés, conocer los niveles de autoestima que las muestras o población en general presentan durante el desarrollo de sus tratamientos y como esta variable afecta a la de autoeficacia.

En lo referido a identificar una relación existente entre la autoeficacia percibida y los Estadios Motivacionales y las Fases del Cambio de Prochaska y Diclemente, se estableció que las etapas de cambio en que se encontraba cada paciente, presentan estadísticos con un valor mínimo de 21,0 puntos y un valor máximo de 40,0 puntos y presenta una Moda de 33,0 puntos, con un 12,9 % del total de la muestra y que es representativa de 4 sujetos y una Media de 30,12 puntos con una desviación estándar 4,94 puntos, siendo importante destacar la varianza de 24,449, la que presenta cierta homogeneidad en la muestra con respecto a la percepción de

autoeficacia, con un Coeficiente de Variación C.V., de 0.164115. que es la relación entre la desviación típica y la media, la que en este caso es mínima y normal para este estudio. Ahora bien, si los resultados anteriores los comparamos con la Escala de URICA, y lo relacionamos con los Estadios, se observa que la muestra se encuentra repartidos en 2 grupos, las primera están los “Estadio 2” de “Contemplación” con un puntaje promedio en la escala de “Escala de Autoeficacia” de 27,33 puntos, lo que da cuenta que un grupo importante de los participantes, los cuales al estar en un contexto terapéutico reconocen la necesidad de intervención sobre la patología adictiva que los afecta, y un segundo grupo están la categoría” Estadios 3” de “Preparación”, con un puntaje promedio en la “Escala de Autoeficacia” de 35,00 puntos. Estos dos grupos presenta una diferencia significativa con un  $(p= 0,05)$ . No obstante la mayoría de los participantes se ubican en el “Estadio 4” de “Acción” percibiéndose capaces de mantener su condición de abstinencia, mientras están en tratamiento, pero no lográndose observar una percepción de eficacia en el mantener la abstinencia una vez concluida la intervención. Es así que al monitorear con ambas Escalas sería posible obtener un instrumento predictor sobre la eficiencia del tratamiento a futuro, ya que si no existe una diferencia significar en el “Estadio de Acción”, podría representar un escenario crítico respecto a continuar o no el tratamiento.

Es importante señalar que la presente investigación a tratado de caracterizar un concepto fundamental del aprendizaje social de ALBERT BANDURA como es la percepción de la autoeficacia en los tratamientos de adicción alcohólica, constituyéndose en un elemento predictivo con respecto al éxito o fracaso en cuanto a su aplicación.

Con respecto a la identificación de la relación existente entre la autoeficacia percibida y el género de los participantes, edad, escolaridad, e

ingresos de los participante, no se puede percibir una relación o diferenciación objetiva con respecto a la percepción de autoeficacia, producto de que en estudios futuros se deben contemplar como variables las 5 capacidades psicológicas del ser humano, las cuales deben encontrarse activas durante el tratamiento (Gutiérrez, Raich, Sánchez, & Desu, 2003):

- Autorreflexión.
- Pensamiento simbólico.
- Previsión y anticipación.
- Aprendizaje por observación.
- Autorregulación.

Siendo importante distinguir el constructo de autoeficacia desde la expectativa de eficacia y el de expectativa de resultado al momento de originar los resultados, ya que las creencias de un individuo no derivaran necesariamente en un tipo de comportamiento determinado, sino que necesita integrar a lo menos 5 variables las cuales deberán estar debidamente operacionalizadas, conforme a:

- Autoeficacia.
- Expectativa de resultado.
- Habilidades.
- Incentivos.
- Recursos materiales disponibles.

Las expectativas como la eficacia de resultados deben ser concebidas para efecto de investigación como cogniciones específicas, que son elaboradas por cada individuo conforme a sus experiencias particulares, constituyéndose el nivel educativo, ingresos y edad, las que más influirían a



través de 3 factores, las que son de igual forma importante considerar a la hora de realizar una medición empírica como son: las motivaciones particulares de cada uno de los participantes, las emociones de cada uno de estos individuos, lo que se constituye en un factor subjetivo, pero de importancia de ser considerado y tomado en cuenta, en lo relativo a las variables motivacionales, analizando finalmente los intentos de abandono de la terapia, que por las limitaciones de tiempo no fueron contabilizadas, como también las limitaciones impuesta por el tamaño de muestra.

Finalmente, es fundamental el identificar la presencia en los distintos estadios motivacionales en las denominadas “Etapas del cambio”, de Prochaska y Di Clemente, siendo en especial en este estudio, identificar en mayor medida las etapas que involucran un mayor compromiso y adherencia con la terapia y el cambio, como es el “Estadio de Acción”.

Es importante destacar también, y conforme a las limitaciones ya señaladas, fue necesario identificar algunos estadísticos con resultados epidemiológicos, obtenidos a través del informe del consumo del alcohol de SENDA para el año 2016, como una forma de controlar los resultados descriptivos obtenidos, mostrando similitudes de la muestra conforme a la edad de inicio del consumo, 8 años para la muestra y 13 años para la población en general, el nivel de ingresos económicos, mostrando una mayor prevalencia de consumo cuando los ingresos económicos son menores. En lo referido a los años de escolaridad no muestra mayor relación con la variable de autoeficacia, no obstante los estudios nacionales indican que la prevalencia de consumo aumenta hacia los 15 años de edad, los que nos daría indicios de reforzar las etapas de intervención sobre la población escolar.

En lo referido a las percepciones de autoeficacia no se obtuvieron diferencias significativas en el coeficiente de variación, con una representación de sólo el 16 %.

En las terapias de las adicciones es importante reconocer el problema adictivo como una limitante para el desarrollo global en general, es por ello que no llama la atención que no se hayan encontrado muestras o participantes que se relacionaran con el “Estadio nº 1, pre contemplación”, o del “Estadio nº 5, mantenimiento”, ya que este último constituiría elementos categorizados como pacientes dados de alta del programa visitado, no obstante para estudios futuros es fundamental determinar cómo se preservarlas percepciones de autoeficacia y como responden ante hechos, situaciones o vivencia que actúan como gatilladores de las conductas adictivas.

Si bien es cierto que la conducta adictiva es analizada como un fenómeno social, es importante considerar las variables de la persona a la hora de determinar un tratamiento eficaz y perseverante durante el tiempo, con la posibilidad de ser manipulados obteniendo a un sujeto activo, responsable de su propio tratamiento y desenvolviéndose en un ambiente igualmente activo, obteniendo una interrelación que vaya más allá de lo conductual, permitiendo aseverar que el constructo de autoeficacia, en este punto determinado se muestra como el mejor predictor de conductas y por ende en un instrumento valioso para evaluar las posibles recaídas que se vean expuestos los participante o las personas que accedan a tratamiento antialcohólico en el futuro, ya que los niveles de autoeficacia modela algunos de los parámetros que actúan como indicadores de la activación adictiva, integrando especificidades conductuales, situacionales y temporales de la capacidad percibida.

Sin embargo, utilizando el test estandarizado y validado para Chile el año 2010, da la posibilidad de realizar estudios de autoeficacia, no sólo para casos de adicción alcohólica sino que también puede ser utilizada como una variable interindividual que es fundamental para cualquier tipo de tratamiento, ya que al encontrarse la autoeficacia disminuida, existe pocas posibilidades de éxito en el desarrollo de nuevas habilidades y fundamentalmente en el control de patología que son evaluadas como adicciones químicas y que por lo tanto llevan asociadas una serie de patologías médicas y que en el caso particular de esta investigación no consideró, por lo que las consideraciones etiológicas o nosológicas de las adicciones adictivas pueden constituirse en variables intervinientes que pueden influir significativamente en los resultados terapéuticos.

## CAPITULO VI. REFERENCIAS

Awan, R.; Noureen, G. y Naz, A. (2011). *A Study of Relationship between Achievement Motivation, Self Concept and Achievement in English and Mathematics at Secondary Level*. *Revista International Education Studies (Canadian Center of Science and Education)* Vol. 4, No. 3; August 2011. Recuperado de: <http://files.eric.ed.gov/fulltext/EJ1066527.pdf>

Bandura, A. (1995). *Exercise of personal and collective efficacy in changing societies*. Cap. 1 (pp. 1-45) en Bandura, A. (editor). *Self-efficacy in Changing Societies*. Cambridge University Press, New York. Recuperado de: [https://www.researchgate.net/profile/Barry\\_Zimmerman/publication/247480203\\_Selfefficacy\\_and\\_educational\\_development/links/549b67770cf2b80371371ad5/Self-efficacy-and-educational-development.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Barry_Zimmerman/publication/247480203_Selfefficacy_and_educational_development/links/549b67770cf2b80371371ad5/Self-efficacy-and-educational-development.pdf)

Bandura, A. (Rev. 2001). *Guía para la construcción de escalas de autoeficacia*. Traducción de Fabián Olaz, María Inés Silva y Edgardo Pérez. Universidad Nacional de Córdoba, Argentina. Publicada en sitio web de la Universidad de Kentucky. Recuperado de: <https://www.uky.edu/~eushe2/Pajares/effguideSpanish.html>

Bénabou, R. y Tirole, J. (2001). *Self-confidence and personal motivation*. Universidad de Princeton, EE.UU. Recuperado de: <https://www.princeton.edu/~rbenabou/papers/papers/CONFQJE2.pdf>

Booth, M.Z. y Gerard, J. (2011). *Self-esteem and academic achievement: a comparative study of adolescent students in England and the United States*. *Revista Compare: A Journal Of Comparative And International Education* Vol. 41, Is. 5, 2011. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3779915/>

Gutiérrez., Raich, R., Sánchez., & Desu,J (2003). *Instrumentos de Evaluación Psicológica de la Salud*. Madrid: Alianza editorial.

Hernández Sampieri Roberto (2014) *Metodología de la investigación* (6ª edición)

Jinadu, L.O.; Salmiah, M.S. y Azuhairi A.A. (2016). *Association between Self-esteem and Smoking among Religious Schools Students in Petaling District, Selangor*. *Publicación del Department of Community Health, University Putra Malaysia, Selangor, Malaysia, Volume 15 Number 1, June 2016*. Recuperado de: [http://iiumedic.net/imjm/v1/download/Volume%2015%20No%201/original\\_article/Vol15No1JUNE-2016-003-011.pdf](http://iiumedic.net/imjm/v1/download/Volume%2015%20No%201/original_article/Vol15No1JUNE-2016-003-011.pdf)

Khajehdaluae, M.; Zavar, A.; Alidoust, M. y Pourandi, R. (2013). *The Relation of Self-Esteem and Illegal Drug Usage in High School Students*. *Revista Iranian Red Crescent Medical Journal*. 2013 November; 15(11): e7682. Recuperado de: <http://ircmj.com/7682.fulltext>

Migneault, J.; Adams, T. y Read, J. (2005). *Application of the Transtheoretical Model to substance abuse: historical development and future directions*. *Revista Drug and Alcohol Review* (September 2005), 24, 437 – 448. Recuperado de: [http://www.perceivedwellness.com/Troy\\_Research/Adams\\_Substance\\_Abuse\\_Stages\\_of\\_Change.pdf](http://www.perceivedwellness.com/Troy_Research/Adams_Substance_Abuse_Stages_of_Change.pdf)

Moore, M. (2005). *The Transtheoretical Model of the Stages of Change and the Phases of Transformative Learning - Comparing Two Theories of Transformational Change*. *Revista Journal of Transformative Education* Vol. 3 No. 4, October 2005 394-415. Recuperado de: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.842.5032&rep=rep1&type=pdf>

Nigg, C. et al. (2011). *A Research Agenda to Examine the Efficacy and The Transtheoretical Model for Physical Activity Behavior*. *Revista Psychology of Sport and Exercise* 2011 Jan; 12(1): 7 Recuperado De: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2990961/#R32>

Noar, S. (2017). *Transtheoretical Model and Stages of Change in Health and Risk Messaging*. Publicado (enero 2017) en sitio web *Communication Oxford Research Encyclopedias*. Recuperado de: <http://communication.oxfordre.com/view/10.1093/acrefore/9780190228613.001.0001/acrefore-9780190228613-e-324>

Nwankwo, B.; Obi, T. y Agu, S. (2013). *Relationship between Self-Esteem and Achievement Motivation among Undergraduates in South Eastern Nigeria*. *Revista IOSR (International Organization of Scientific Research) Journal of Humanities and Social Science (IOSR-JHSS)*, Volume 13, Issue 5 (Jul. - Aug. 2013), PP 102-106. Recuperado de: <http://www.iosrjournals.org/iosr-jhss/papers/Vol13-issue5/S0135102106.pdf?id=3402>

Rasbach, L.; Jenkins, C. y Laffel, L. (2015). *An integrative review of self-efficacy measurement instruments in youth with type 1 diabetes*. *Revista The Diabetes Educator Vol 41, Issue 1, 2015*. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4305455/>

Ruiz-Olivares, R. y Chulkova, M. (2016). *Intervención psicológica en mujeres drogodependientes: una revisión teórica*. *Revista Clínica y Salud, Universidad de Córdoba (España) 27 (2016) 1–6*. Recuperado de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130527416000025>

Sari, I.; Ekici, S.; Soyer, F. y Eskiler, E. (2015). Does self-confidence link to motivation? A study in field hockey athletes. *Revista Journal of Human Sport & Exercise (Universidad de Alicante, España) Volume 10, Issue 1-2015*, pp. 24-35. Recuperado de:  
[https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/50539/1/jhse\\_Vol\\_10\\_N\\_1\\_2\\_4-35.pdf](https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/50539/1/jhse_Vol_10_N_1_2_4-35.pdf)

Tinsley, A. (2017). Spring 2016 ~ Self-Efficacy and Social Cognitive Theories. *Social Cognitive Theory and Self-Efficacy. Introduction. Artículo publicado (12-04-2017) en PSYCH 484: Work Attitudes and Job Motivation (SU17 001) (Pennsylvania State University)*. Recuperado de:  
<https://wikispaces.psu.edu/display/484SU17001/Spring+2016+--+Self-Efficacy+and+Social+Cognitive+Theories>

Tornimbeni, S., Pérez, E., & Olaz, F (2014) *introducción a la psicometría*, Buenos Aires: Paidós.

Villalobos, V.; Campos, I.; Camarillo, G, y Enríquez, R. (2012). Instrumentos para evaluar el cambio de hábitos relacionados con el control de peso. *Revista Salud Pública y Nutrición (Universidad Autónoma de Nuevo León, México) Volumen 13 No.1 Enero-Marzo 2012*. Recuperado de:  
<http://www.respyn.uanl.mx/xiii/1/comunicaciones/instrumento.htm>