



Ciencia y Enfermería

ISSN: 0717-2079

rev-enf@udec.cl

Universidad de Concepción

Chile

OLIVARI MEDINA, CECILIA; URRRA MEDINA, EUGENIA
AUTOEFICACIA Y CONDUCTAS DE SALUD

Ciencia y Enfermería, vol. 13, núm. 1, junio, 2007, pp. 9-15

Universidad de Concepción

Concepción, Chile

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=370441794002>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

AUTOEFICACIA Y CONDUCTAS DE SALUD

SELF-EFFICACY AND HEALTH BEHAVIORS

CECILIA OLIVARI MEDINA* y EUGENIA URRRA MEDINA**

RESUMEN

En este artículo se revisa el constructo de autoeficacia, se exponen algunos elementos centrales del concepto que presentan algunos hallazgos de importancia en relación con conductas generales de salud y con las conductas específicas del ejercicio, el estrés y control del dolor. Las distintas investigaciones avalan la relevancia de la autoeficacia en las conductas presentadas. Finalmente se explicita su aporte para la disciplina de enfermería.

Palabras claves: Conductas de salud, autoeficacia, control del dolor, estrés, ejercicio, enfermería.

ABSTRACT

Self-efficacy construct is reviewed in this article and some main aspects of the concept are exposed, presenting some findings of importance in relation to general health behaviour and specific behaviour such as exercise, stress and control of pain. Different investigations support the relevance of self-efficacy upon behaviours mentioned. Finally its contribution for nursing discipline is explained.

Keywords: Health behaviours, self-efficacy, management of pain, stress, exercise, nursing

Fecha recepción: 16/03/06. Fecha aceptación: 19/03/07.

INTRODUCCION

La autoeficacia ha sido ampliamente discutida en la literatura de la psicología social para explicar la teoría de la motivación y el aprendizaje. Este concepto ha sido adaptado a la psicología y la enfermería como un importante predictor de conductas de salud (Kear, 2000). De hecho, frente a lo difícil que puede ser el motivar a la adopción de conductas que promuevan la salud o el detener conductas nocivas para ésta, la autoeficacia ha mostrado consistentemente ser un factor de gran importancia (Bandura, 1997).

El presente artículo tiene como objetivo describir el concepto de autoeficacia y destacar su importancia en el ámbito de las con-

ductas de salud. Se señalan instrumentos de evaluación y se ilustra la aplicación del constructo en tres conductas: realizar ejercicio, manejar el estrés y controlar el dolor. Para finalizar se entregan lineamientos de la utilidad del concepto para la enfermería.

CONCEPTO DE AUTOEFICACIA

El constructo de autoeficacia, que fue introducido por Bandura en 1977 representa un aspecto nuclear de la teoría social cognitiva (Bandura, 1982, 1997). De acuerdo a esta teoría, la motivación humana y la conducta están regulados por el pensamiento y estarían involucradas tres tipos de expectativas: a) Las

* Psicóloga Clínica. Magíster en Psicología de la Salud. Académica Departamento de Psicología. Universidad Católica del Maule. Casilla 617. Talca, Chile. E-mail: colivari@ucm.cl

** Enfermera. PhD. Académica Universidad de La Serena. E-mail: eurra@userena.cl

expectativas de la situación, en la que las consecuencias son producidas por eventos ambientales independientes de la acción personal, b) Las expectativas de resultado, que se refiere a la creencia que una conducta producirá determinados resultados y c) Las expectativas de autoeficacia o autoeficacia percibida, que se refiere a la creencia que tiene una persona de poseer las capacidades para desempeñar las acciones necesarias que le permitan obtener los resultados deseados (Bandura, 1995).

De acuerdo a la teoría e investigación, la autoeficacia influye en como la gente siente, piensa y actúa. Respecto a los sentimientos, un bajo sentido de autoeficacia está asociado con depresión, ansiedad y desamparo (Bandura, 2001). Las creencias de eficacia influyen en los pensamientos de las personas (autoestimulantes y autodesvalorizantes), en su grado de optimismo o pesimismo, en los cursos de acción que ellas eligen para lograr las metas que se plantean para sí mismas y en su compromiso con estas metas (Bandura, 2001). Un alto sentido de eficacia facilita el procesamiento de información y el desempeño cognitivo en distintos contextos, incluyendo la toma de decisiones y el logro académico (Bandura, 1997).

Los niveles de autoeficacia 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).

La autoeficacia es tradicionalmente entendida como referida a un dominio o una tarea específica. Sin embargo, algunos investigadores también han conceptualizado un sentido general de autoeficacia que se refiere a un sentido amplio y estable de competencia perso-

nal sobre cuán efectiva puede ser la persona al afrontar una variedad de situaciones estresantes (Schwarzer y Jerusalem, 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 autoeficacia percibida debe ser conceptualizada de manera específica, no obstante la autoeficacia 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).

INSTRUMENTOS DE EVALUACION

La revisión de la literatura muestra que los instrumentos más utilizados para medir el constructo de autoeficacia, son escalas de autorreporte. Dentro de éstas podemos distinguir dos grupos: a) Aquellas escalas que miden un sentido de eficacia específico. En relación a este tipo de medición Bandura (1997, 2001) 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 Pastorelli, Caprara, Barbaranelli, Rola, Rozsa y Bandura, 2001) que es una escala multidimensional que mide 7 distintos dominios específicos de la autoeficacia en niños y pre-adolescentes, como por ejemplo autoeficacia para el logro académico y autoeficacia en habilidades asertivas. b) las escalas que miden un sentido general de autoeficacia. Dentro de éstas se puede destacar la Escala Generalizada de Autoeficacia (Luszczynska *et al.*, 2005). Esta escala ha sido traducida a 25 idiomas y utilizada en diversas culturas, en población adulta y adolescente desde los 12 años de edad.

AUTOEFICACIA Y CONDUCTAS DE SALUD

El constructo de autoeficacia ha sido aplicado a conductas tan diversas en distintos dominios de salud como: el 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 autoeficacia tienen consecuencias beneficiosas para el funcionamiento del individuo y su bienestar general (Grembowski, Patrick, Diehr, Durham, Beresford, Kay y Hetcht, 1993; Klein-Hessling, Lohaus y Ball, 2005).

En relación a las conductas preventivas en salud, los individuos con alta autoeficacia percibida tienen más probabilidad de iniciar cuidados preventivos, buscar tratamientos tempranos y ser más optimistas sobre la eficacia de estos (Grembowski *et al.*, 1993). Además los estudios indican consistentemente que los individuos con alta autoeficacia percibida también tienen más probabilidad de evaluar su salud como mejor, estar menos enfermos o depresivos, y recuperarse mejor y más rápidamente de las enfermedades, que las personas con baja autoeficacia (Grembowski *et al.*, 1993).

A continuación, y como una manera de ejemplificar la influencia de la autoeficacia sobre las conductas de salud, se exponen algunos hallazgos existentes en torno a la relación entre la autoeficacia y tres conductas de salud específicas: realizar ejercicios, manejo del estrés y controlar el dolor.

AUTOEFICACIA Y EJERCICIO

Distintos hallazgos indican que las percepciones de autoeficacia juegan un significativo rol en influenciar conducta de hacer ejercicio (Bray, Gyurcsik, Culos-Reed, Dawson y Martin, 2001). Es decir, se ha encontrado que aque-

llas personas con mayores niveles de autoeficacia se comprometen con mayor frecuencia en un programa regular de actividad física que aquellos con más bajos niveles de autoeficacia (McAuley y Jacobson, 1991 en Rimal, 2001). Además, los individuos con alta autoeficacia tienen sentimientos mucho más fuertes de efectividad para realizar el ejercicio y para comprometerse en ese momento en realizar una mayor cantidad de actividad física que los individuos con baja autoeficacia. (Marcus, Eaton, Rossi y Harlow, 1994).

Marcus *et al.* (1994), en un estudio longitudinal examinaron como se relacionaban las ventajas, desventajas y autoeficacia para hacer ejercicio con estados de predisposición para realizar ejercicio. Un análisis exploratorio reveló que los 3 componentes evaluados eran independientes: las ventajas, desventajas y autoeficacia. El análisis confirmatorio reveló que la autoeficacia aparece como un importante indicador de la conducta de hacer ejercicio presente y futura, estando la autoeficacia fuertemente relacionada con la intención de uno para hacer conductas de ejercicio, lo cual es consecutivamente un fuerte predictor de la actividad física 6 meses más tarde. Resultados similares se obtuvieron en el estudio reciente de Sniehotta, Scholz y Schwarzer (2005), quienes investigaron de manera longitudinal a una muestra de 307 pacientes cardíacos quienes fueron motivados a mantener o adoptar la conducta de realizar ejercicios. Estos fueron evaluados inicialmente sobre su intención de realizar ejercicio, luego se realizaron evaluaciones a los dos y cuatro meses siguientes. Los resultados confirmaron que entre los factores evaluados, la autoeficacia funcionaba (junto a las variables de planificación de conducta y control de la acción) como mediadora entre las intenciones iniciales de realizar ejercicio y la actividad física realizada posteriormente.

Rimal (2001) examinó la relación de conocimiento sobre actividad física y autoeficacia para hacer ejercicios. Los resultados muestran que simultáneamente los valores de

conocimiento y autoeficacia se correlacionaron positivamente con la conducta de hacer ejercicio, pero los valores previos de la autoeficacia se correlacionaron negativamente con cambios en la conducta de hacer ejercicio. Más aún, los cambios en la autoeficacia para hacer ejercicio fueron correlacionados positivamente con cambios en conducta de ejercicio. Por tanto, es claro que no sólo los aumentos en autoeficacia contribuyen a mejorar la conducta de hacer ejercicio, sino que también aquellas personas con más baja autoeficacia inicial al mejorar su autoeficacia, también mejoran su conducta de hacer ejercicio. Estos hallazgos tienen una importancia e implicaciones para campañas de salud pública, donde los esfuerzos se centran primariamente en aumentar los conocimientos de salud de la persona y esto sugiere que el aumentar la autoeficacia puede ser una estrategia más promisoría.

AUTOEFICACIA Y ESTRES

Las reacciones de estrés estarían gobernadas ampliamente por la percepción de afrontamiento autoeficaz más que por las propiedades objetivas de las amenazas y demandas ambientales que experimente un individuo (Wiendenfeld, O'Leary, Bandura, Brown, Levine y Raska, 1990). Para Bandura (1997) la autoeficacia percibida para afrontar eventos amenazantes juega un rol central en las reacciones de estrés.

Así, se ha observado, que un bajo nivel de eficacia percibida en el control de estresores psicológicos está acompañada por elevados niveles de estrés subjetivo, activación autonómica y secreción de catecolaminas plasmáticas (Bandura *et al.*, 1982 en Wiendenfeld *et al.*, 1990). Por otro lado, se ha demostrado consistentemente que las distintas reacciones de estrés son bajas cuando la gente sabe manejar los estresores, con un adecuado nivel de autoeficacia (Wiendenfeld *et al.*, 1990). La evi-

dencia sugiere además, que el mejoramiento de las capacidades de la gente para aminorar las reacciones de stress puede ser inmunoaugmentadas (Kiecolt-Glaser *et al.*, 1986, 1985, en Wiendenfeld *et al.*, 1990) sugiriendo que la dirección y magnitud de cambios inmunológicos se relacionan con el aumento de la percepción de autoeficacia.

El estudio de Wiendenfeld *et al.* (1990), apoya la hipótesis que la autoeficacia percibida para ejercer control sobre estresores es un modulador del sistema inmunológico. Aquí, la adquisición de un mayor nivel de autoeficacia, para controlar estresores produce más que simples cambios transitorios en la inmunidad.

Otros estudios se han centrado en el rol de la autoeficacia sobre el nivel de estrés experimentado por personas respecto al hecho de estar enfermo (Shelley y Pakenham, 2004; Wu, Tang y Kwok, 2004). Así, Shelley y Pakenham (2004) realizaron un estudio con una muestra de estudiantes universitarios donde se midió el nivel de estrés emocional experimentado frente a una enfermedad aguda y/o crónica grave que ellos habían padecido. Entre los moderadores del nivel de estrés experimentado estaba la autoeficacia, encontrándose que el presentar un alto nivel de autoeficacia se relacionaba con exhibir niveles reducidos de estrés.

AUTOEFICACIA Y CONTROL DEL DOLOR

El control cognitivo del dolor ha comenzado a recibir una mayor atención en los últimos años. Distintos estudios han demostrado que la utilización de estrategias cognitivas son efectivas en la reducción del dolor, superior a algunas otras intervenciones tal como entrenamiento en relajación, y aun superior a medicación analgésica en algunos casos (Litt, 1998).

Entre los constructos cognitivos que pueden mediar la utilización de estrategias de enfrentamiento cognitivo esta la autoeficacia

percibida que ha sido implicada en estudios como mediadora del aumento de la tolerancia y disminución del distress en las respuestas de dolor (Turk *et al.*, 1983 en Litt, 1998).

La relación entre autoeficacia y tolerancia al dolor ha sido demostrada en algunos estudios (Litt, 1998; Rokke, Fleming-Ficek, Siemens y Hegstad, 2004). En estos estudios, las diferencias individuales en la tolerancia al dolor se correlacionan positivamente con la predicción que hacen las personas sobre la cantidad de tiempo en la que ellos soportarían un estímulo doloroso.

Por otro lado, se han encontrado que en situaciones que son dolorosas, la autoeficacia y las expectativas de resultado están altamente correlacionadas (Baker & Kirsch, 1991). Mientras más dolor esperado por una persona, menor es su autoeficacia para hacer acciones relacionadas con disminuir el dolor (Council, Ahern, Folick, & Kline, 1988, en Baker & Kirsch, 1991), y a más temor esperado por una persona, menor será su autoeficacia para acercarse a los estímulos temidos (Williams, Turner & Peer, 1985, en Baker & Kirsch, 1991).

La aplicación en salud se ha interesado en temas como autoeficacia y control del dolor crónico. Así, se ha identificado a la autoeficacia como mediadora en el ajuste al dolor de espalda crónico (Woby, Watson, Roach y Urmston, 2005) y como relacionada a la aparición de dolor musculoesquelético inhabilitante. Un ejemplo de esto último, es la investigación de Reid, Williams y Gill (2003), quienes realizaron un estudio prospectivo con 226 adultos mayores, los cuales tenían un historial de dolor musculoesquelético, y que eran autónomos para bañarse, caminar, vestirse y transportarse. Estos fueron evaluados en su nivel de autoeficacia funcional (autoeficacia percibida para realizar acciones que permitan desenvolverse de manera autónoma). Los resultados mostraron que un bajo nivel de autoeficacia funcional estaba relacionada con la aparición de dolor musculoesquelético inhabilitante en estas personas.

IMPLICACIONES PARA ENFERMERÍA

Enfermería como profesión otorga cuidados a las personas sanas y/o enfermas dentro de su ciclo vital. Es así que se requieren profesionales de enfermería que atiendan las respuestas humanas de los individuos, familias y comunidades en forma integral. Las conductas promotoras de la salud han sido relacionadas, entre otras, con las actividades de realizar ejercicios, tener una dieta saludable y saber manejar el estrés (Holloway & Watson, 2002).

Es por esto que se considera que es positivo para enfermería el involucrar más aspectos psicosociales de teorías cognitivas o psicológicas como son la motivación y el aprendizaje en relación a las conductas de salud. Así se podrán realizar intervenciones educativas y asistenciales en las personas, que estimulen las percepciones de autoeficacia hacia su condición de salud o enfermo. Esto tendrá un importante rol en la adherencia a terapias y cuidados de enfermería. De hecho existe ya evidencia del uso de la autoeficacia en la enfermería práctica, como es reportado en las intervenciones oncológicas (Haas, 2000) y con enfermos crónicos de diabetes y artritis reumatoidea (Rapley & Fruin, 1999; Moon & Baker, 2000). La relación de la teoría con la práctica de enfermería está también conectada al proporcionar los marcos conceptuales para el desarrollo de intervenciones de enfermería que optimicen el logro de cambios conductuales.

En base a lo anterior, es que se sugiere que el aporte del concepto de autoeficacia y la relación con las conductas de salud a través de la teoría psicológica desarrollada por Bandura, pueden ser incorporadas tanto en la práctica de intervenciones educativas a los individuos, como al conocimiento de enfermería a través de teorías de rango medio.

REFERENCIAS

- Baker S. & Kirsch I. (1991). Cognitive Mediators of pain perception and tolerance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(3), 504-510.
- Bandura, A. (1982). Self- efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist* 2, 122-147.
- (1995). *Self-Efficacy in changing societies*. New York. Cambridge University Press.
- (1997). *Self-efficacy: The exercise of Control*. New York: Freeman.
- (2001). Guía para la construcción de escalas de autoeficacia. *Evaluar*. <http://www.revistaevaluar.com.ar/effguideSpanish.htm>
- Bray, S.; Gyurcsik, N.; Culos-Reed, S.; Dawson, K. & Martin, K. (2001). An exploratory investigation of the relationship between proxy efficacy, self-efficacy and exercise attendance. *Journal of Health Psychology*, 6(4) 425-434.
- Choi, N. (2004). Sex role group differences in specific, academic, and general self-efficacy. *The Journal of Psychology*, 138, 149-159.
- Forsyth, A. & Carey, M. (1998). Measuring Self – Efficacy in the context of HIV risk reduction: Research challenges and recommendations. *Health Psychology*, 17 (6) 559-568.
- Grembowski, D., Patrick, D., Diehr, P. , Durham, M., Beresford, S., Kay, E. & Hecht, J. (1993). Self-efficacy and behavior among older adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 34, 89-104.
- Haas, B.K. (2000). Focus on health promotion: self-efficacy on oncology nursing research and practice. *Oncology Nursing Forum*, 27, 89-97.
- Holloway, A. & Watson, H. (2002). Role of self-efficacy and behaviour change. *International Journal of Nursing Practice* 8,106-115.
- Kals, E. y Montada, L. (2001). Health behavior: An interlocking personal and social task. *Journal of Health Psychology*, 18, 281-287.
- Kear, M. (2000). Concept Analysis of Self-Efficacy. *Graduate Research in Nursing*. <http://graduateresearch.com/Kear.htm>
- Klein-Hessling, J.; Lohaus, A. & Ball, J. (2005). Psychological predictors of health-related behaviour in children. *Psychology, Health & Medicine*, 10 (1) 31-43.
- Litt, M. (1998). Self-efficacy and perceived control: Cognitive mediators of pain tolerance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54 (1), 149-160.
- Luszczynska, A.; Gibbons, F.; Piko, B. & Tekozel, M. (2004). Self-regulatory cognitions, social comparison, perceived peers' behaviors as predictors of nutrition and physical activity: A comparison among adolescents in Hungary, Poland, Turkey, and USA. *Psychology and Health*, 19, 577-593.
- Luszczynska, A.; Scholz, U. & Schwarzer, R. (2005). The general self-efficacy scale: Multicultural validation studies. *The Journal of Psychology*, 139 (5), 439-457.
- Marcus, B.; Eaton, C.; Rossi, J. & Harlow, L. (1994). Self-efficacy, decision making, and stages of change: An integrative model of physical exercise. *Journal of Applied Social Psychology*, 24, 489-508.
- McAuley, E.; Talbot, H. & Martínez, S. (1999). Manipulating self-efficacy in the exercise environment in women: Influences on affective responses. *Health Psychology*, 18, 288-294.
- Moon L.B. & J. Baker (2000). Relationship among self-efficacy, outcome expectancy, and postoperative behaviours in total joint replacement patients. *Orthopedic Nursing*, 19, 77-85.
- Pastorelli, C.; Caprara, G.; Barbaranelli, C.; Rola, J.; Rozsa, S. & Bandura, A. (2001). The structure of children's perceived self-efficacy: A cross national study. *European Journal of Psychological Assessment*, 17 (2) 87-97.
- Rapley, P. & Fruin, D. (1999). Self-efficacy in chronic illness: The juxtaposition of general and regimen-specific efficacy. *International Journal of Nursing Practice*. 5 (4) 209-215
- Reid, M.; Williams, Ch. & Gill, T. (2003). The relationship between psychological factors and disabling musculoskeletal pain in community-dwelling older persons. *Journal of the American Geriatrics Society*. 51, 1092-1098.
- Rimal, R. (2001). Longitudinal influences of knowledge and self-efficacy on exercise behavior: Test of a mutual reinforcement model. *Journal of Health Psychology*, 6(1) 31-46.
- Rokke, P.; Fleming-Ficek, S.; Siemens, N. & H. Hegstad (2004). Self-efficacy and choice of coping strategies for tolerating acute pain. *Journal of Behavioral Medicine*, 27 (4) 343-360.

- Shelley, M. & Pakenham, K. (2004). External health locus of control and general self-efficacy: Moderators of emotional distress among university students. *Australian Journal of Psychology*, 56 (3), 191-199.
- Sniehotta, F.; Scholz, U. & Schwarzer, R. (2005). Bridging the intention-behaviour gap: planning, self-efficacy, and action control in the adoption and maintenance of physical exercise. *Psychology of Health*, 20 (2), 143-160.
- Wiendenfeld, S.; O'Leary, A.; Bandura, A.; Brown, S.; Levine, S. & Raska, K. (1990). Impact of perceived self-efficacy in coping with stressors on components of the immune system. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 1082-1094.
- Woby, S.; Watson, P.; Roach, N. & Urmston, M. (2005). Coping strategy use: Does it predict adjustment to chronic back pain after controlling for catastrophic thinking and self-efficacy for pain control. *Journal of Rehabilitation Medicine* 37, 100-107.
- Wu, A. M. S.; Tang, C.S.K. & Kwok, T.C.Y. (2004). Self-efficacy, health locus of control, and psychological distress in elderly Chinese women with chronic illnesses. *Aging & Mental Health*, 8 (1), 21-28.