

## ANÁLISIS CRÍTICO DE LOS ESTUDIOS QUE EXPLORAN LA AUTOEFICACIA Y BIENESTAR VINCULADOS AL COMPORTAMIENTO SALUDABLE

### CRITICAL ANALYSIS OF STUDIES EXPLORING SELF-EFFICACY AND WELLBEING ASSOCIATED TO BEHAVIORAL HEALTH

#### **Karina Reyes-Jarquín**

Universidad Nacional Autónoma de México,  
Programa de Doctorado en Psicología, FES Iztacala,  
Tlalnepantla, Estado de México, México.

#### **María del Rocío Hernández-Pozo**

Universidad Nacional Autónoma de México, Proyecto  
de Investigación en Aprendizaje Humano, División de  
Investigación y Posgrado, FES Iztacala, Tlalnepantla,  
Edo. de México, México.

Recibido: Septiembre 12, 2011

Revisado: Octubre 3, 2011

Aprobado: Octubre 21, 2011

Esta investigación fue el producto de un seminario del programa de doctorado en Psicología que tomó la primera autora bajo la supervisión de la segunda autora. Agradecemos el financiamiento parcial proporcionado por el programa PAPIIME PE304710 de la UNAM otorgado a la segunda autora. Dirigir la correspondencia a KRJ al correo: kari\_3097@hotmail.com, o a MRHP al correo: herpoz@unam.mx

#### **RESUMEN**

Esta investigación tuvo como objetivo dar un panorama general de la investigación empírica latinoamericana que analiza la relación existente entre bienestar subjetivo y autoeficacia, vinculados con temas de la salud y detectar aquellos problemas que no han sido explorados desde la perspectiva de la Psicología Positiva. La muestra total fue de 14 artículos de investigación empíricos que en su título, resumen y/o palabras clave tuvieron alguna de las combinaciones de las palabras clave seleccionadas, publicados en el periodo del 2000 al 2011 y que se encontraban indizados en una base bibliométrica regional especializada en revistas latinoamericanas, de España y Portugal, Redalyc. Los resultados muestran una producción muy baja de investigación latinoamericana (104 artículos) que trata esos temas, en comparación con la producción a nivel mundial (187 033 artículos) durante el mismo periodo indizada en SCOPUS. Las condiciones de salud objeto de estudio en los artículos revisados fueron salud general, enfermedades crónicas, fibromialgia, enfermedades sexuales, salud psicológica, malestar físico, conductas saludables y conductas alimentarias anómalas. Se concluye que existe una falta impresionante de investigación empírica encaminada al estudio del bienestar, autoeficacia y salud en Latinoamérica, siendo éste un campo enorme de intervención futura para la región.

*Palabras clave:* Psicología Positiva, Latinoamérica, investigación empírica, autoeficacia, bienestar, salud.

## ABSTRACT

The focus of this study was to provide a general glance of the status of Latin American empirical research dealing with the relationship between subjective wellbeing and self efficacy in association with health themes and to detect those problems that have not being explored from a Positive Psychology approach. The total sample consisted of 14 articles of empirical research that in their title, abstract or key words presented a combination of the selected key words, published between 2000 and 2011, and recorded at the Redalyc database which encompasses scientific production of journals from Latin America, Spain and Portugal. Results showed an extremely low rate of articles from Latin America dealing with these subjects (104), in comparison with the worldwide production indexed at SCOPUS (187033). The themes studied in those articles include: health in general, chronic diseases, fibromyalgia, sexual diseases, psychological health, physical discomfort, behavioral health and eating disorders. The study concludes that is an impressive lack of empirical research dealing with wellbeing, self efficacy and health in Latin America, and that this constitutes a very wide field for future intervention in the region. *Key words:* Positive Psychology, empirical research, Latin America, self-efficacy, wellbeing, health.

## INTRODUCCIÓN

Una concepción tradicionalista de la Psicología nos orienta a que los fenómenos psicológicos deben ser vistos como poco saludables o patológicos y se eliminan a través de tratamientos. Este enfoque conlleva la idea de la analogía de la enfermedad, lo cual es demostrado por el lenguaje con un sesgo médico que se ha empleado en la psicología en expresiones como: trastorno, patología, enfermedad, diagnóstico, co-morbilidad, tratamiento, paciente clínico, etc. (Maddux, 2008). El uso de este tipo de lenguaje es tan difundido que incluso genera confusiones sobre el tipo de estrategias y técnicas desde el ámbito psicológico, que se pueden ofrecer. La metodología comportamental no usa los mismos componentes que se emplean en medicina, si no que por el contrario, se basa en intervenciones individuales o grupales, que cambian el tipo de contingencias que mantienen al comportamiento que se desea modificar, es decir, en vez de erradicar una infección a través de la administración de un fármaco, lo que se hace es cambiar las relaciones de contingencia que mantienen a un comportamiento poco saludable.

Sin embargo, el surgimiento de la Psicología Positiva nos da un enfoque particular de la Psicología científica, ya que la primera tiene como objetivo investigar acerca de las fortalezas y virtudes del ser humano y los efectos que éstas tendrán en otras personas y en las sociedades donde viven. A nivel individual se dedica al estudio

de la felicidad, el bienestar, el afecto positivo y las tendencias optimistas como componentes de los intercambios humanos. En el nivel social explora las virtudes ciudadanas, el esfuerzo colectivo y las instituciones que instan a los individuos a ser mejores ciudadanos: la responsabilidad, el altruismo, la civilidad, la tolerancia y el trabajo ético (Cuadra & Florenzano, 2003).

A través de una orientación de Psicología Positiva se adopta un nuevo enfoque y un nuevo lenguaje para hablar sobre el comportamiento humano. La Psicología Positiva enfatiza como uno de sus objetivos centrales, el estudio de temas como el bienestar, la satisfacción, la felicidad subjetiva, las relaciones interpersonales equitativas, la perseverancia, el talento, la sabiduría y la responsabilidad personal; tiene que ver con la comprensión de lo que vale la pena vivir y ayudar a la gente a ser más organizada y autodirigida. Una Psicología clínica que no se basa en la ideología de la enfermedad, sino en los valores, rechaza la clasificación y patologización de los seres humanos y la experiencia humana y la idea de que la comprensión de lo que es peor y más débil es más importante que comprender lo que es mejor y más fuerte (Maddux, 2008).

Las emociones positivas juegan un papel primordial en la evolución personal y en el de la sociedad, pues amplían los recursos intelectuales, físicos y sociales de los individuos, los hacen más perdurables e incrementan los recursos de los que pueden hacer uso las personas cuando se presentan amenazas u oportunidades (Fredrickson, 2001).

Por lo anterior, el enfoque de la Psicología Positiva reviste características singulares que lo distinguen de un enfoque tradicional, ya que el primero permite incluir a personas sanas, como objeto de interés psicológico, al no enfocarse solamente en las personas que padecen algún trastorno o enfermedad mental y ocuparse por promover la salud mental, prevenir los trastornos y fomentar el desempeño óptimo de los individuos y grupos. El uso de esta perspectiva positiva no requiere desechar todo lo que hasta ahora se ha investigado con la analogía de la enfermedad; es más bien una perspectiva incluyente, donde se amplía la visión de la Psicología y de sus profesionistas.

Como se mencionó anteriormente, el bienestar es uno de los aspectos a estudiar por la Psicología Positiva, y esto se refiere a lo que las personas piensan y sienten acerca de sus vidas y a las conclusiones cognitivas y afectivas a las que llegan cuando evalúan sus existencias (Cuadra & Florenzano, 2003). Aquellas personas que experimentan un alto bienestar subjetivo reportan sentirse felices y tienden a evaluar su vida de forma positiva en términos generales; mientras que las personas que reportan gozar de un bienestar subjetivo bajo se encuentran insatisfechas con la vida, se divierten poco y tienden a ser ansiosas o depresivas (Fredrickson, 2001).

En la actualidad existe un interés creciente por la investigación del bienestar no sólo a nivel individual, sino a nivel incluso nacional, tal como lo menciona Diener, Kesebir y Lucas (2008) quienes proponen hacer evaluaciones nacionales de bienestar subjetivo, cuyo propósito sería informar a los legisladores acerca de los grupos y situaciones donde la miseria debe aliviarse mediante la intervención del gobierno, para educar a la ciudadanía acerca de los factores que mejoren su bienestar y para colocar al bienestar en el centro de atención de las políticas públicas. Estas evaluaciones tendrían un impacto trascendental en múltiples áreas de la vida humana, tales como: consideraciones políticas, medidas económicas, salud pública, inversiones públicas en la prevención de trastornos psicológicos, educación, medio ambiente, trabajo, etcétera.

El estudio del bienestar psicológico o subjetivo debiera ser uno de los principales ejes de

investigación de todos los gobiernos, pues se ha comprobado que las personas con niveles positivos de bienestar subjetivo parecen funcionar mejor en los ámbitos de la salud y longevidad, relaciones de trabajo y ciudadanía.

Ahora bien, la autoeficacia es uno de los constructos que podría relacionarse con el bienestar experimentado por los individuos; en este sentido la autoeficacia ha sido definida por Bandura (1999) como la evaluación que hacen los individuos sobre su capacidad o competencia para ejecutar con éxito una conducta específica y que funciona como un ingrediente de importancia en las intervenciones contingenciales (Bandura, Adams, Hardy & Howells, 1980; Bandura, Reese & Adams, 1982).

Las creencias de las personas acerca de su eficacia para controlar los sucesos de su vida influyen en las decisiones que se toman, en las aspiraciones y expectativas, nivel de esfuerzo, perseverancia, resistencia a la adversidad, vulnerabilidad al estrés, depresión y desempeño (Fernández, Diez-Nicolas, Vittorio, Barbaranelli & Bandura, 2004). De este modo aquellas personas que consideran que no pueden producir resultados favorables por medio de sus acciones tendrán menores incentivos para actuar y afrontar las dificultades.

Bandura (1999) ha establecido que las creencias de las personas en relación con su eficacia pueden desarrollarse a partir de cuatro fuentes que incluyen las experiencias de dominio, las experiencias vicarias, la persuasión social y los estados psicológicos y emocionales. Este autor señala que las experiencias de dominio son la fuente más efectiva para crear una sensación de eficacia, ya que los éxitos que las personas tengan forman creencias particulares en relación a su eficacia personal, mientras que los fracasos debilitan dicha creencia. Una vez que las personas se convencen de que pueden alcanzar el éxito, perseveran ante la adversidad y se recuperan rápidamente de los problemas. Por otro lado, las experiencias vicarias hacen alusión a la observación de personas similares, denominadas modelos sociales, que alcanzan el éxito tras esfuerzos perseverantes. Un observador expuesto a esas contingencias, genera una expectativa de que el perseverar es una

estrategia eficaz. El mismo tipo de aprendizaje se aplica cuando el observador es testigo de una situación en la cual los modelos sociales fracasan, al distraerse o mostrar poco empeño en una tarea, de ahí que al presentarse ese tipo de comportamiento el observador genera una predicción de ineficacia. Otra fuente de creencia de eficacia es la persuasión social, cuando se les dice a los individuos que cuentan con las habilidades y herramientas necesarias para realizar exitosamente determinadas actividades, se fortalecen las creencias de eficacia del individuo, se aumenta la probabilidad de que ellos se sientan seguros de sí mismos y aumenta la movilidad del individuo, favoreciendo el éxito. Finalmente, los estados psicológicos y emocionales pueden favorecer el estado físico, reducir el estrés y las proclividades emocionales negativas, ya que las personas tienden a interpretar sus reacciones de estrés y tensión como señales de vulnerabilidad ante una ejecución pobre.

Tanto el bienestar como la autoeficacia han sido variables de interés en diversos estudios, como por ejemplo, Chida y Steptoe (2008) realizaron un metaanálisis de los estudios prospectivos, examinando la asociación entre el bienestar positivo y la mortalidad tanto en poblaciones sanas como enfermas. El bienestar psicológico fue relacionado con una menor mortalidad en las poblaciones sanas y enfermas, independientemente del afecto negativo. En ese estudio se encontró que estados de ánimo positivos como la alegría, la felicidad y la energía, así como características tales como satisfacción de vida, esperanza, optimismo y sentido del humor se asociaron con un menor riesgo de mortalidad en poblaciones sanas y predijeron la longevidad, independientemente de los estados negativos reportados. Ostir, Berges, Markides y Ottenbacher (2006) encontraron en una muestra de adultos mayores México-americanos sin medicación para la hipertensión, que el bienestar estuvo asociado con la presión arterial, ya que después de ajustar los correspondientes factores de riesgo, el bienestar subjetivo continuó siendo asociado significativamente con una menor presión arterial diastólica. Estos resultados parecen indicar que las emociones a corto plazo pueden producir respuestas de adaptación del cuerpo, mientras

que a largo plazo los estados negativos a menudo producen patrones nocivos (Seegerstrom & Miller, 2004).

En cuanto a la autoeficacia se ha establecido como uno de los constructos de mayor influencia en la psicología de la salud, ya que afecta tanto la iniciación como el mantenimiento de las conductas saludables (Luszczynska & Schwarzer, 2005). Los resultados de Morowatisharifabad, Ghofranipour, Heidarnia y Ruchi (2006) apoyan el modelo de promoción de la salud de Pender en el que la autoeficacia representa 58% de la varianza en las conductas de promoción de salud. Además hubo asociaciones entre autoeficacia y género, estado civil y nivel de educación. En ese estudio los autores concluyeron que las intervenciones dirigidas a mejorar la autoeficacia pueden mejorar los comportamientos de promoción de la salud en adultos mayores.

La mayor parte de los estudios que se mencionan en la literatura de medicina conductual provienen de investigaciones realizadas en países del primer mundo, fundamentalmente Estados Unidos y Europa, con prácticas sociales que corresponden a ese tipo de economías. En esta revisión una de las preguntas centrales que se quiere abordar es cuál es el panorama de la investigación en psicología positiva en Latinoamérica con respecto al tema del bienestar subjetivo y la salud, por lo que se plantea como objetivo central conocer la producción de investigación empírica en esta región, de tal forma, este escrito pretende dar un panorama de la investigación empírica que vincula los temas de bienestar subjetivo y autoeficacia en la literatura publicada en revistas especializadas latinoamericanas, en función de la concentración en algunos problemas de salud y detectar aquellos problemas que no han sido explorados desde esta perspectiva. Asimismo, se hace un examen en relación al tipo de herramientas que se emplean para abordar estos temas.

## METODOLOGÍA

El procedimiento de búsqueda de información se realizó en la base de datos Redalyc, Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal, ya que se considera que

esta base de datos bibliométrica tiene un vasto acervo de publicaciones científicas sobre temas psicológicos, publicadas en Latinoamérica.

Redalyc es un proyecto impulsado por la Universidad Autónoma de Estado de México (UAEM), con el objetivo de contribuir a la difusión de la actividad científica editorial que se produce en y sobre Iberoamérica.

Se utilizó la búsqueda avanzada de Redalyc, en las publicaciones de todos los países que incluye esta base de datos (Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, España, Latinoamericanistas, México, Nicaragua, Perú y Venezuela).

Los descriptores de la búsqueda fueron: autoeficacia, bienestar y salud. Con las siguientes combinaciones: autoeficacia - bienestar, autoeficacia - salud, bienestar - salud; en el periodo del 2000 al 2011. Con cada una de las combinaciones se realizó la búsqueda en tres campos: título, palabras clave y resumen, obteniéndose 104 artículos relacionados con esta temática.

Los criterios de inclusión para este artículo fueron que los artículos estuvieran indizados en la base de datos Redalyc, que cumplieran con alguna combinación de los descriptores empleados en título, resumen y/o palabras clave, que la muestra empleada en los estudios tuviera alguna relación con un tema de salud y que fueran estudios empíricos; es decir, que fueran informes de investigaciones originales, con análisis secundarios que pusieran a prueba hipótesis y presentaran análisis de datos novedosos. Como

investigaciones empíricas esos estudios deberían incluir claramente las secciones estándar establecidas para ese tipo de estudio, esto es, distinguir la introducción, método, resultados y discusión (APA, 2010). Los criterios de exclusión fueron que la fecha de publicación fuera previa al año 2000 o posterior al 2011, que se tratara de estudios teóricos o instrumentales. La muestra final fue de 14 artículos, los cuales fueron analizados y comparados tomando en consideración rubros como el objetivo, muestra, instrumentación empleada, resultados y el problema de salud hacia el cual se enfocó el estudio.

## RESULTADOS

Al llevarse a cabo la búsqueda de artículos en la base Redalyc, mediante la metodología descrita, se obtuvieron los resultados que se muestran en la tabla 1; inicialmente la muestra consistía en 104 artículos, de los cuáles se descartaron 90 al aplicar los criterios de inclusión propuestos, esto es, después de descartar los artículos con contenido conceptual o instrumental, estos últimos, que validaban algún cuestionario psicométrico. Adicionalmente de los artículos empíricos restantes se eliminaron aquellos que se hubieran repetido en alguna otra combinación de los descriptores de búsqueda y aquellos que no incluyeran variables relacionadas con la salud y/o bienestar; quedando una muestra final de 14 artículos.

Tabla 1.  
*Resultados de la búsqueda bibliográfica en la base Redalyc*

<i>Descriptores de búsqueda</i>	<i>Resultados</i>	<i>Artículos con contenido conceptual</i>	<i>Artículos con contenido instrumental</i>	<i>Artículos empíricos rechazados</i>	<i>Artículos empíricos incluidos</i>
Autoeficacia y bienestar	8	1	0	4	3
Autoeficacia y salud	12	1	1	6	4
Bienestar y salud	84	37	8	32	7
<b>TOTAL</b>	<b>104</b>	39	9	42	<b>14</b>

Con la finalidad de hacer una comparación entre la producción de material empírico publicado en Latinoamérica con el producido a nivel mundial, se seleccionó la base de datos Scopus y se realizó la búsqueda de artículos con las mismas combinaciones de descriptores de búsqueda en el periodo del 2000 al 2011, obteniéndose los resultados que se muestran en la tabla 2.

Tabla 2.  
*Resultados de la búsqueda bibliográfica en la base Scopus*

<i>Descriptores de búsqueda</i>	<i>Resultados</i>
Autoeficacia y bienestar	6 018
Autoeficacia y salud	2 012
Bienestar y salud	179 003
<b>TOTAL</b>	<b>187 033</b>

Resulta importante recalcar la enorme diferencia que existe en el total de publicaciones que cumplen con los criterios indizadas en Redalyc, en comparación con las publicaciones de esos mismos temas en la base Scopus; con la combinación de los descriptores *autoeficacia-salud* por cada artículo publicado en Latinoamérica a nivel mundial se publican 168 estudios; con la combinación de descriptores *autoeficacia-bienestar* por cada artículo latinoamericano se publican 752 en el mundo y, finalmente, para los descriptores *bienestar-salud* la diferencia fue mucho mayor, ya que por cada artículo que aparece en Redalyc, se han publicado 2130 a nivel mundial registrados en la base bibliométrica Scopus.

De acuerdo con la tabla 3, los 14 artículos que forman parte de la muestra final de ésta revisión provienen de ocho revistas diferentes, de las cuales cuatro son de España (*Anales de Psicología*, *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *International Journal of Psychology and Psychological Therapy* y *Psicothema*); dos de Colombia (*Revista Latinoamericana*

*de Psicología y Universitas Psychologica*); una de Chile (*Terapia Psicológica*) y una de Puerto Rico (*Interamerican Journal of Psychology*). Vale notar que ninguna revista mexicana publicó investigaciones que cumplieran con los requisitos establecidos. Esta ausencia en la publicación de material empírico relacionado con el tema que nos ocupa, también fue patente en revistas brasileñas, argentinas y venezolanas, que han demostrado una presencia en la región en cuanto a la difusión de investigación en el área de Psicología de la Salud.

Tabla 3.  
*Resultados de la búsqueda bibliográfica por revista*

<i>Revista</i>	<i>Resultados</i>	<i>Año indización Redalyc</i>
<i>Anales de Psicología</i>	3	1996
<i>Terapia Psicológica</i>	1	2004
<i>Revista Latinoamericana de Psicología</i>	1	1969
<i>Universitas Psychologica</i>	2	2002
<i>International Journal of Clinical and Health Psychology</i>	2	2002
<i>Psicothema</i>	3	1989
<i>Interamerican Journal of Psychology</i>	1	2000
<i>International Journal of Psychology and Psychological Therapy</i>	1	2001

En la tabla 4 se muestra una síntesis de los artículos que fueron objeto de estudio del presente artículo, en los cuales, a pesar de que existe una pequeña diversidad de los problemas de salud estudiados, un 28.6% se enfoca en la salud en general de los participantes, 28.6% a una o más enfermedades crónicas, algunas a otros problemas como síndrome fibromiálgico y enfermedades sexuales formaron 14.2% y 28.6% restante estuvo compuesto por la salud psicológica, malestar físico, conductas saludables y conductas alimentarias anómalas. Es importante recalcar la ausencia de estudios enfocados a otras enfermedades crónicas, tales como diabetes, cardiopatías, diversos tipos de cáncer y adicciones, entre otras.

La muestra de estudios analizados pone de manifiesto un sesgo marcado en las poblaciones estudiadas, ya que 71.4% de los 14 artículos sintetizados en la tabla 4 estudió mayoritariamente al género femenino; incluso 2 artículos (14.2% de la muestra total) tienen como población de estudio sólo a mujeres.

Existe también un sesgo por el estudio en poblaciones clínicamente sanas versus poblaciones con diagnósticos de alguna enfermedad de interés; sólo 28.5% de los artículos analizados trabajó con poblaciones clínicas con diagnósticos de enfermedades crónicas, cáncer o fibromialgia, mientras que el resto (71.5%) lo hizo con participantes sanos.

El análisis de las variables género y tipo de población (sanos vs. con diagnóstico clínico) resulta relevante debido a que realizar investigaciones sesgadas hacia un solo género o un solo tipo de población marca una limitante en el análisis del comportamiento humano, dado que estos datos no nos proporcionan una visión completa de la población en general, si no más bien una visión más enfocada al género femenino o a población sana, lo cual a la larga nos hace carecer de evidencia empírica para generar intervenciones encaminadas a mejorar el bienestar y autoeficacia de la población.

Resulta importante señalar que 50% de los autores revisados optaron por emplear dentro de su batería de pruebas al menos un instrumento de medición creado ex profeso para la investigación que publicaron; sin embargo, también

fueron empleados instrumentos que ya han sido confiabilizados y estandarizados con anterioridad, encontrándose algunas coincidencias entre las que se pueden mencionar los siguientes casos: 14.2% utilizó la escala de satisfacción con la vida (SWLS) (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985); 14.2% utilizó la Escala PANAS (Positive and negative affect schedule, Watson, Clark & Tellegen, 1988); 14.2% empleó el Cuestionario General de Salud, GHQ-12, por sus siglas en inglés (Goldberg, 1979) y, finalmente, 21.4% aplicó instrumentación creada por Schwarzer para evaluar la variable autoeficacia.

## DISCUSIÓN

En años recientes se ha logrado un desarrollo significativo a nivel académico, teórico y empírico, lo cual implica un incremento en el número de publicaciones que emplean un enfoque de Psicología Positiva, o que usan instrumentos que miden variables típicas de dicho enfoque; sin embargo, es sorprendente que en Latinoamérica en un lapso de casi 12 años (2000-2011) sólo se hayan producido 104 artículos relacionados con el bienestar y la salud, mientras que a nivel mundial la producción haya sido de 187 000 artículos. Aunado a lo anterior, el porcentaje de estudios empíricos publicados en América Latina fue muy bajo, de tan sólo de 16.34%, lo cual deja al descubierto el pobre acervo con el que contamos y la oportunidad que como investigadores se tiene para explotar esta área.

Se creería que al hacer una revisión de este tipo, las muestras con las que se desarrollan los artículos serían muestras clínicas, es decir, pacientes con diversas enfermedades, enfocándose en las enfermedades que actualmente están cobrando más vidas o son más costosas a nivel mundial tales como las cardiopatías, afecciones cardiovasculares, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diferentes tipos de cáncer y diabetes. No obstante, los resultados de esta investigación documental muestran que casi 25% de las publicaciones empíricas fue desarrollado a partir de estudios con estudiantes universitarios y no con población clínica, por lo que las conclusiones están orientadas más al

estudio de la salud en general. Lo anterior nos lleva a una limitante para la construcción del conocimiento, ya que no podríamos hacer una generalización de dichos resultados aplicándolos a poblaciones clínicas, si éstas en realidad no han sido estudiadas.

Muy probablemente esta falta de estudios empíricos con poblaciones clínicas, se deba a que lamentablemente el psicólogo aún no tiene bien afianzado un lugar propio dentro de instituciones públicas hospitalarias, donde la mayor parte del personal tiene un enfoque meramente médico, como enfermeras, especialistas como neurólogos, gastroenterólogos, dermatólogos, reumatólogos, oncólogos, entre muchos otros. La inserción del psicólogo en las unidades hospitalarias de la región ha sido insuficiente y demasiado lenta (Bazán, 2003; Piña, 2003; Rodríguez & Rojas, 1998). De aquí se concluye que cuando se venzan los obstáculos existentes en el sector salud, para la aplicación de los hallazgos de la ciencia del comportamiento en la prevención de las enfermedades y en la rehabilitación de pacientes, los psicólogos tendrán acceso a una área amplísima de intervención para lograr un verdadero trabajo interdisciplinario en la promoción de la salud y el combate a la enfermedad.

En el caso específico de México, de acuerdo a estadísticas oficiales anuales (INEGI, 2009), los primeros ocho lugares entre las principales causas de mortalidad fueron: enfermedades del corazón (97 174 defunciones), diabetes mellitus (77 699 defunciones), tumores malignos (68 454 defunciones), enfermedades del hígado (31 756 defunciones), enfermedades cerebro-vasculares (30 943 defunciones), enfermedades pulmonares obstructivas crónicas (17 727 defunciones), insuficiencia renal (11 764 defunciones) y bronquitis crónica (5 567 defunciones). La información anterior nos permite tener un bosquejo de los problemas de salud que hacen falta explorar y buscar soluciones no sólo a nivel médico, sino a nivel psicológico que contribuyan a incrementar el bienestar y la autoeficacia en la población enferma del país. Sin embargo, para poder llevar a cabo una investigación de calidad que cubra los vacíos encontrados a partir de este análisis,

consideramos que es imprescindible que se destinen mayores recursos, tanto económicos como humanos al diseño de intervenciones basadas en estudios empíricos acerca de las variables que inciden sobre el bienestar y la autoeficacia de las personas. Para que esto sea posible, consideramos que se deben emplear indicadores que no descansen solamente en el autorreporte. La labor central del psicólogo como especialista del comportamiento consiste en diseñar intervenciones que permitan la predicción y el control de las prácticas de vida. La elaboración y validación de cuestionarios, solo nos informan sobre las prácticas lingüísticas de los participantes con respecto a su modo de vida.

La revisión aquí presentada revela el uso compartido limitado de algunos instrumentos de autorreporte, así dos de los artículos (Gómez, Villegas de Posada, Barrera & Cruz, 2007; Martos & Pozo, 2011) emplearon la escala de satisfacción con la vida, SWLS, por sus siglas en inglés (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985) como el instrumento principal para evaluar el bienestar subjetivo. De igual forma, tres artículos (Avedaño & Barra, 2008; Gómez, Villegas de Posada, Barrera & Cruz, 2007; Ríos, Sánchez & Godoy, 2010) utilizaron instrumentos diseñados por Schwarzer (1993) y Schwarzer & Scholz (2000) para la evaluación de la autoeficacia.

Adicionalmente, dos artículos (Peñate, Pino-Sedeño & Bethencourt, 2010; Sansinenea, Gil de Montes, Agirrezabal, Larragaña, Ortiz, Valencia & Fuster, 2008) se enfocaron al estudio del afecto positivo y negativo, que ha sido ampliamente estudiado por la Psicología Positiva, que en ambos casos fue evaluado con la escala de afecto positivo y negativo PANAS, por sus siglas en inglés (Watson, Clark & Tellegen, 1988). En 19 instancias de cuestionarios de los catorce casos analizados, los autores desarrollaron algún cuestionario propio, que en el mejor de los casos, quizá será empleado en el futuro por el propio equipo de investigación, siendo poco probable que se difunda su uso entre grupos externos. El desarrollo excesivo de cuestionarios nuevos, probablemente no conduzca a la madurez de la disciplina, sino más bien a una especie de fenómeno de torre



de Babel, no deseable en la construcción del conocimiento científico.

Mediante la búsqueda de los artículos que formaron la muestra total del presente artículo, se descartaron aquellos estudios que analizaron solamente las propiedades psicométricas de los instrumentos de medición propiamente dichos; sin embargo, resulta interesante mencionar la naturaleza de estos datos, ya que de los nueve artículos instrumentales descartados (véase la tabla 2) solamente tres se enfocaron en alguno de los descriptores de búsqueda, por ejemplo, Sánchez y Dresch (2008) mostraron una orientación hacia la salud; Fernandes, Vasconcelos y Teixeira (2010) guiaron su investigación hacia el bienestar; mientras que Sanjuan, Pérez y Bermúdez (2000) se enfocaron hacia la autoeficacia en general. Esta última observación aporta mayor evidencia para confirmar la tesis de la poca investigación metodológica que se ha hecho con respecto a estas temáticas, aun desde una perspectiva exclusivamente psicométrica.

En este contexto resulta trascendental enfocar nuestros esfuerzos como profesionales de la salud para llevar a la práctica lo que se conoce teóricamente con respecto a la autoeficacia y bienestar subjetivo, ya que si teóricamente aquellas personas con un alto nivel de autoeficacia tienen más probabilidad de iniciar cuidados preventivos, buscar tratamientos tempranos y ser más optimistas sobre la eficacia de estos (Grembowski *et al.*, 1993); esto a su vez tendría una implicación importante en el bienestar subjetivo experimentado por el individuo.

Resulta interesante hacer mención de los resultados más sobresalientes de los estudios analizados, ya que la mayor parte de ellos confirman la relación existente entre las variables bienestar y autoeficacia con la salud y el comportamiento saludable. Principalmente el bienestar subjetivo se relaciona con una mejor percepción de la salud (Gómez, Villegas de Posada, Barrera & Cruz, 2007; Martos & Pozo, 2011) aun en población clínica, es decir que padece alguna enfermedad crónica. Y de manera inversa el reporte de un bajo nivel de bienestar se ha relacionado con conductas de riesgo o poco saludables, tales como conductas alimentarias anómalas y comportamiento sexual de riesgo

(Goncalves, Castellá & Carlotto, 2007; Guirado & Ballester, 2005). Lo anterior reafirma lo encontrado en estudios realizados en otros países ajenos a Latinoamérica como los realizados por Chida y Steptoe (2008) y Ostir, Berges, Markides y Ottenbacher (2006).

En cuanto a la autoeficacia, también se ha relacionado con variables relacionadas con la percepción de la salud y las herramientas con las que el individuo cuenta para mejorarla, ya que algunos autores consideran que un nivel alto de autoeficacia posibilita en mayor medida la detección de una enfermedad y posiblemente de realizar conductas preventivas y correctivas de algunas enfermedades crónicas (Carpi, González, Zurriaga, Marzo & Buunk, 2010; Ríos, Sánchez & Godoy, 2010; Sánchez, 2005), aunque en sentido estricto esto último es discutible.

Finalmente, es evidente la falta de investigación aplicada en esta temática, ninguno de los artículos analizados mostraron algún programa de intervención para la mejora del bienestar y/o autoeficacia en individuos en relación con algún problema de salud, lo cual, sin duda, resulta alarmante pues nos deja una enorme interrogante acerca de lo que los profesionistas de la salud están haciendo o dejando de hacer para mejorar el bienestar, la autoeficacia, la calidad de vida y tantos otros factores importantes para el desarrollo del ser humano; una vez que se empieza a generar una mayor producción de intervenciones documentadas y sustentadas para la mejora de alguna de las variables tratadas en este artículo, entonces podremos incluso hacer comparaciones entre cada uno de los enfoques empleados en dichas intervenciones, para poder seleccionar aquel que tenga mejores resultados, más duraderos y sobre todo con mayor sustento teórico y metodológico para cada una de las poblaciones sujetas a investigación.

Sin embargo, esta ausencia de producción científica pone en claro cuál es el camino a seguir por parte de los especialistas del comportamiento, y nos da un panorama de la amplitud del campo de acción por explotar.

**Tabla 4.**  
**Artículos empíricos que exploran la autoeficacia y bienestar vinculados al comportamiento saludable**

PROBLEMA DE SALUD	REFERENCIA	OBJETIVO	MUESTRA	PRUEBAS	RESULTADOS
Cáncer de tiroides	Novoa, Vargas, Obispo, Pertruz & Rivera (2010). Evaluación de la calidad de vida y bienestar psicológico en pacientes oncológicos.	Explora calidad de vida y bienestar psicológico en pacientes oncológicos.	75 adultos que recibieron tratamiento quirúrgico para cáncer de tiroides durante los últimos tres años (93.3% mujeres y 6.7% hombres).	*Cuestionario de calidad de vida en salud SF-36 (Ware & Sherbourne, 1992) (36 reactivos). * Índice de bienestar subjetivo (The psychological well-being Index) (Dupuy, 1984) (22 reactivos). * Registro de datos socio-demográficos (proyecto bienestar psicológico y salud, Facultad de Psicología, Pontificia Universidad Javeriana).	El 90.7% de los participantes fue clasificado en el rango de bienestar positivo, lo cual permite identificar una tendencia favorable frente a la percepción psicológica de los pacientes, mientras que 5.3% informó sentir malestar moderado y sólo 4% refirió tener un malestar grave.
Conductas alimentarias anómalas	Guirado & Ballester (2005). Relación entre conductas alimentarias anómalas y otros hábitos de salud en niños de 11 a 14 años.	Analizar la relación entre conductas alimentarias anómalas y hábitos de sueño, ausentismo escolar, consumo de alcohol y drogas, baja autoestima, bienestar emocional, control de impulsos, ejercicio físico y conducta sexual.	819 adolescentes (11 a 14 años, 48.2% mujeres, 51.8% hombres).	*Cuestionario de información, actitudes y comportamientos relacionados con la salud (Ballester & Gil, en preparación) (33 reactivos, 16 referentes al comportamiento/ actitudes alimentarias).	Los adolescentes a los que les gustaría cambiar muchas cosas de su vida, intentan vomitar después de haber comido mucho ( $r = 0.13, p < .001$ ), hacen ejercicio para quemar calorías ( $r = 0.09, p < .01$ ), controlan su peso ( $r = 0.23, p < .001$ ) evitan comer alimentos engordantes ( $r = 0.26, p < .001$ ), se sienten mal por su figura, al grado de llorar ( $r = 0.27, p < .001$ ), sus padres los riñen por su falta de apetito ( $r = 0.12, p < .001$ ), creen tener problemas de exceso de apetito ( $r = 0.20, p < .001$ ), sus madres han hecho dietas para adelgazar ( $r = 0.14, p < .001$ ) y dan mucha importancia a su peso y apariencia ( $r = 0.24, p < .01$ ). Los participantes que reportan no ser felices vomitan después de haber comido mucho ( $r = -0.18, p < .001$ ), realizan ejercicio para quemar calorías ( $r = -0.18, p < .001$ ), evitan

consumir alimentos engordantes ( $r = -0.09, p < .01$ ), manifiestan sentirse muy angustiados con su figura ( $r = -0.18, p < .01$ ) y dan mucha importancia a su peso y apariencia ( $r = -0.10, p < .01$ ).

Los sujetos a los que se les presentó un mensaje de pérdida en una conducta de riesgo (posibilidad de detectar una enfermedad) tuvieron puntuaciones más altas en autoeficacia (a modo de percepción autodefensiva), aunque éstas diferencias no fueron significativas ( $F_{(1,273)} = 2.51; p = .11$ ).

La autoeficacia influye de manera positiva significativa sobre la intención con un coeficiente estructural estandarizado (CEE) de 0.57 ( $p < .01$ ) y sobre la conducta (CEE de 0.32;  $p < .01$ ). La percepción de control mostró una influencia negativa significativa sobre la intención (CEE de  $-0.16; p < .01$ ). Finalmente, la intención tuvo un efecto positivo significativo sobre la conducta (CEE de 0.37;  $p < .01$ ). Sin embargo, la percepción de control no tuvo un efecto sobre la conducta. Además se observó una correlación positiva significativa (0.14;  $p < .01$ ) entre las dos variables externas (autoeficacia y percepción de control). Con estos resultados el modelo permite predecir 33% de la varianza explicada de la intención y 38% de la varianza explicada de la conducta.

579 estudiantes universitarios (8.7% hombres y 91.3% mujeres). \*Cuestionario sobre intención conductual, percepción de riesgo, motivación cognitiva y autoeficacia referente al virus *tetrolisus* (Sánchez, 2005).

Explorar las relaciones entre autoeficacia y motivación cognitiva con tipo de mensaje (pérdida vs. ganancia) y conducta saludable a realizar (prevención vs. detección).

Sánchez (2005). Efectos de la presentación del mensaje para realizar conductas saludables: el papel de la autoeficacia y de la motivación cognitiva.

Conductas saludables

\*Instrumento de conducta general de prevención de enfermedad cardiovascular (Carpi, González, Zurriaga, Marzo & Buunk, 2010) (16 reactivos).

359 personas sin trastornos cardiovasculares (53% eran mujeres y 47% hombres).

Investigar si la autoeficacia y la percepción de control presentan diferencias predictivas sobre la intención y las conductas preventivas de la enfermedad cardiovascular.

Carpi, González, Zurriaga, Marzo & Buunk (2010). Autoeficacia y percepción de control en la prevención de la enfermedad cardiovascular.

Enfermedad cardiovascular

Enfermedades crónicas	Avenidaño & Barra (2008). Autoeficacia, apoyo social y calidad de vida en adolescentes con enfermedades crónicas.	Examinar la relación entre autoeficacia y apoyo social percibido.	75 adolescentes (50.6% hombres y 49.4% mujeres), entre 12 y 18 años, con diagnóstico de diabetes mellitus, fibrosis quística o insuficiencia renal.	* Escala de autoeficacia generalizada (Schwarzer & Scholz, 2000) (10 reactivos). * Cuestionario de apoyo social percibido (Gracia, Herrero & Musitu, 2002) (6 reactivos) * Cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud para niños y jóvenes KIDSCREEN-27 (Ravens-Sieberer <i>et al.</i> , 2005) (27 reactivos).	La autoeficacia y el apoyo social percibido muestran una relación positiva significativa con la calidad de vida ( $t = 0.558, p < .01$ y $t = 0.283, p < .05$ respectivamente). Con respecto a la diferencia por género en cuanto a calidad de vida, sólo en la dimensión de bienestar físico, la diferencia fue significativa ( $t = 2.58^*, p < .05$ ).
Enfermedades crónicas	Martos & Pozo (2011). Apoyo funcional vs. disfuncional en una muestra de pacientes crónicos. Su incidencia sobre la salud y el cumplimiento terapéutico.	Delimitar la incidencia del apoyo social funcional y disfuncional sobre la salud y el bienestar.	202 pacientes crónicos (21 a 65 años) 68% mujeres y 32% hombres. 40% hipertensos, 29% con dislipidemia, 18% diabéticos, 13% con enfermedad pulmonar obstructiva crónica.	*Escala de síntomas (Jou & Fukada, 1997) (9 reactivos) *Escala de salud subjetiva (Martos & Pozo, 2011) (1 reactivo). *Escala de satisfacción con la vida (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985) (5 reactivos) *Adaptación del Test de Haynes-Sackett (Haynes, Sackett, Taylor & Show, 1979) (5 reactivos). *Escala de apoyo social percibido específico para la enfermedad (Revenson, <i>et al.</i> , 1991) (60 reactivos).	Los pacientes crónicos obtuvieron un promedio de 3.40 en <i>Salud Percibida</i> ( $dt = 1.04$ ), en una escala de cinco puntos. En cuanto a la salud objetiva (síntomas percibidos) la media es menor ( $media = 2.41; dt = 0.92$ ). En cuanto al bienestar psicológico $media = 3.67; (dt = 1.05)$ . Con respecto a la relación entre la salud subjetiva y el bienestar evidencia correlaciones significativas ( $r = 0.329, p < .01$ ).
Enfermedades sexuales	Goncalves, Castellá & Carlotto (2007). Predictores de conductas sexuales de riesgo entre adolescentes.	Identificar los predictores de la conducta sexual de riesgo considerando la frecuencia y el uso de métodos anticonceptivos.	389 jóvenes (entre 15 y 25 años; 41.4% hombres y 58.6% mujeres).	*Cuestionario sobre frecuencia del uso y tipo de método anticonceptivo utilizado (Goncalves, Castellá & Carlotto, 2007). *Cuestionario de variables sociodemográficas (Goncalves, Castellá & Carlotto, 2007). *General health questionnaire GHQ-12 (Goldberg, 1972) (12 reactivos). *Escala de afrontamiento para	Entre los jóvenes con vida sexual activa, la frecuencia de utilización de métodos anticonceptivos fue de 9.7% nunca, 8.9% algunas veces, 9.3% la mayor parte de las veces y 72.8% siempre. La incidencia de conducta sexual de riesgo fue de 61.4%, entre los jóvenes estudiados. Se identificó que tener un mayor número de parejas sexuales en el último año ( $ExpB = 6.806, p < .000$ ), un elevado consumo de alcohol ( $ExpB = 1.711$ ,

adolescentes ASC (Frydenberg & Lewis, 1997) (80 reactivos).	$p < .016$ ), bajos niveles de salud/bienestar (ExpB = 0.931, $p < .001$ ) predecía el comportamiento sexual de riesgo.
Malestar físico	<p>Sansinenea, Gil de Montes, Agirrezabal, Larragaña, Ortiz, Valencia &amp; Fuster (2008). Autoconcordancia y autoeficacia en los objetivos personales ¿cuál es su aportación al bienestar?</p>
Replicar la estructura de la motivación autoconcordante propuesta por Sheldon y Elliot (1999). y comprobar si se producen relaciones diferenciadas entre motivación autoconcordante y no autoconcordante.	328 estudiantes universitarios (59.3% hombres y 40.4% mujeres) la edad media era de 20.7 años.
*Listado de objetivos personales construida por cada estudiante.	Los resultados indican las siguientes correlaciones: Motivación externa (ME)-Motivación introyectada (MIY) ( $r = 0.33, p < .001$ ) ME-Motivación intrínseca (MI) ( $r = -0.21, p < .001$ ) MIY-MI ( $r = 0.13, p < .001$ ) Motivación identificada (MID)-MI ( $r = 0.12, p < .001$ ) MIY-MI ( $r = -0.7, p < .01$ ). El afecto positivo experimentado se predice por la autoeficacia ( $\beta = 0.21, p < .0001$ ) y autoconcordancia ( $\beta = 0.22, p < .0001$ ). En el caso del afecto negativo sólo se predice por la autoeficacia ( $\beta = -0.24, p < .0001$ ). Y para la percepción de molestias físicas sólo la autoeficacia tuvo un valor importante ( $\beta = -0.17, p < .0001$ ).
*Índice de autoconcordancia (Sheldon y Kasser, 1995) (4 reactivos)	
*Escala PANAS (Positive and negative affect Schedule, Watson, Clark & Tellegen, 1988) (20 reactivos).	
*Adaptación de la escala de síntomas físicos de Pennebaker (1982) y de la escala de síntomas somáticos-revisada de Sandín y Chorot (1995) (14 reactivos).	
Salud en general	<p>Gómez, Villegas de Posada, Barrera &amp; Cruz (2007). Factores predictores de bienestar subjetivo en una muestra colombiana.</p>
Evaluar bienestar subjetivo a partir de la autoeficacia y la satisfacción con algunos dominios de la vida (salud, relaciones afectivas, trabajo) en un momento de crisis económica y social.	795 miembros de la Universidad de los Andes, Colombia (45.6% hombres y 54.4% mujeres). Del total: 85.2% estudiantes, 6.4% profesores y 8.4% personal administrativo.
*Índice de bienestar subjetivo (Gómez, Villegas de Posada, Barrera & Cruz, 2007)	En lo referente a la percepción de autoeficacia, la muestra presentó una media de 32.26 de un máximo de 40 puntos. El bienestar subjetivo correlacionó en forma positiva significativa con la autoeficacia, ( $r = 0.45, p < .01$ ). De igual forma, la salud percibida y el bienestar subjetivo también correlacionaron de forma positiva significativa ( $r = 0.20, p < .001$ ). Nueve dominios (relaciones afectivas, trabajo/estudio, familia, futuro, seguridad, recreación, libertad y amigos) predicen de manera

<p>significativa 47% de la varianza en Bienestar Subjetivo; al introducir la variable autoeficacia incrementa a 50%.</p>	<p>específicos de satisfacción *Escala de autoeficacia percibida (Schwarzer, 1993) (10 reactivos).</p>	<p>Dos grupos de universidades europeas de diferentes cursos y carreras: Grupo 1: <math>n = 208</math>, Universidad de Aveiro, Portugal (90.8% mujeres y 9.2% hombres; edades de 17 a 44 años). Grupo 2: <math>n = 239</math>, Universidad de Granada, España (78.7% mujeres y 21.3% hombres; edades de 18 a 47 años).</p>	<p>Examinar vínculos entre ejercicio físico, bienestar psicológico, hábitos saludables y variables demográficas. ¿Están asociados a la práctica de ejercicio físico?</p>	<p>Salud en general Jiménez, Martínez, Miró &amp; Sánchez (2008). Bienestar psicológico y hábitos saludables:</p>
<p>No se observaron diferencias significativas en el nivel de estrés percibido entre los diferentes grupos de edad, en cambio si las hubo entre mujeres y varones en la muestra española (<math>t_{237} = 2.17, p &lt; .05</math>). En ambas muestras se apreciaron diferencias significativas en función del ejercicio físico (<math>F(2, 205) = 2.96, p &lt; .05</math>, en la portuguesa y <math>F(2, 236) = 3.61, p &lt; .05</math> en la española). En ambas muestras se constataron diferencias significativas entre los diferentes grupos de práctica de ejercicio físico en relación con los niveles de tristeza (<math>F(2, 205) = 3.32, p &lt; .05</math> en la portuguesa y <math>F(2, 236) = 3.11, p &lt; .05</math>, en la española) vigor (<math>F(2, 205) = 6.20, p &lt; .01</math>, en la portuguesa y <math>F(2, 236) = 6.69, p &lt; .001</math> en la española) y fatiga (<math>F(2, 205) = 3.18, p &lt; .05</math> en la portuguesa y <math>F(2, 236) = 2.71, p &lt; .05</math> en la española).</p>	<p>*Cuestionario para datos socio-demográficos (Jiménez, Martínez, Miró &amp; Sánchez, 2008). *Escala de salud percibida (Jiménez, Martínez, Miró &amp; Sánchez, 2008) (1 reactivo) *Escala de estrés percibido (Cohen, Kamarck &amp; Mermelstein, 1983) (10 reactivos). * Perfil de estado de ánimo (McNair, Looor &amp; Droppleman, 1992).</p>			<p>Salud en general Jiméñez, Martínez, Miró &amp; Sánchez (2008). Bienestar psicológico y hábitos saludables: ¿Están asociados a la práctica de ejercicio físico?</p>
<p>Mediante un análisis de varianza de medidas repetidas (MANOVA) sobre los dos factores del PANAS, se observó: con respecto al afecto negativo, una disminución estadísticamente significativa, <math>F=5.26</math> (<math>p \leq .03</math>), con un tamaño del efecto apreciable (<math>\eta^2 = 0.226</math>). Con respecto al afecto positivo, los resultados son similares, salvo que en este caso se produce un aumento significativo del afecto positivo sesión a sesión <math>F = 6.519</math> (<math>p \leq .02</math>; <math>\eta^2 = 0.227</math>). Por</p>	<p>*Escala diagnóstica de estrés postraumático PDS (Foa, 1996) (17 reactivos) *Cuestionario de sucesos vitales CAPS (Blake, et al., 1995) (17 reactivos) *Escala de ansiedad y depresión hospitalaria HADS (Zigmond &amp; Snaith, 1983) (14 reactivos) *Escala de síntomas físicos (Peñate, Pino-Sedeño &amp; Bethencourt, 2010).</p>	<p>39 estudiantes mujeres de tercer año de la licenciatura de Psicología.</p>	<p>Efecto diferencial de reexperimentar todo el tiempo un mismo trauma o elegir un trauma nuevo para sesiones de la reexperimentación emocional (RE).</p>	<p>Salud en general Peñate, Pino-Sedeño &amp; Bethencourt (2010). El efecto diferencial de escribir sobre un mismo trauma o sobre diferentes traumas en el bienestar psicológico y el estado de salud autoinformado.</p>

				<p>*Escala de afecto positivo y negativo (PANAS) (Watson, Clark &amp; Tellegen, 1988) (20 reactivos).</p> <p>último, para el índice de salud se obtuvo un efecto significativo pre-seguimiento en la interacción del grupo por tiempo, <math>F = 4.31</math> (<math>p \leq .05</math>; <math>\eta^2 = 0.17</math>): el grupo de narración de un mismo trauma durante 30 minutos mejoró su estado de salud, mientras que el resto de los grupos tuvieron peores resultados en el seguimiento.</p>
Salud en general	Ríos, Sánchez & Godoy (2010). Personalidad resistente, autoeficacia y estado general de salud en profesionales de enfermería de cuidados intensivos y urgencias.	Relación entre personalidad resistente, autoeficacia y percepción del estado general de salud.	97 profesionales de enfermería de los servicios de cuidados intensivos y urgencias (74.2% eran mujeres, 25.8% hombres).	<p>*Escala de autoeficacia generalizada (EAG) (adaptación española de Baessler &amp; Schwarzer, 1996) (10 reactivos).</p> <p>*Escala de personalidad resistente (CPR) del cuestionario de desgaste profesional de enfermería (CDPE) (validado por Moreno, Garrosa &amp; González, 2000) (21 reactivos).</p> <p>*Cuestionario general de salud (GHQ-28)(adaptada y validada por Lobo <i>et al.</i>, 1986) (28 reactivos).</p> <p>Para examinar la capacidad predictiva de la autoeficacia y la personalidad resistente sobre los síntomas de malestar psíquico, se aplicó un análisis de correlación canónica. De forma global, el conjunto de las cinco funciones canónicas fue estadísticamente significativo, según el criterio Lambda de Wilks = 0.521 [<math>F(25, 324.69) = 2.494, p &lt; .001</math>], con 47.9% de varianza compartida por los dos conjuntos de variables.</p>
Salud psicológica	Gracia, Silla, Peiró & Fortes (2006). El estado del contrato psicológico y su relación con la salud psicológica de los empleados.	Papel del contrato psicológico como predictor de salud psicológica.	385 empleados de empresas del sector servicios, 74.3% mujeres y 25.7% hombres.	<p>*Contenido de contrato psicológico (Gracia, Silla, Peiró &amp; Fortes, 2006) (14 reactivos).</p> <p>*Estado del contrato psicológico (Gracia, Silla, Peiró &amp; Fortes, 2006) (22 reactivos).</p> <p>*Cumplimiento del contrato psicológico (Gracia, Silla, Peiró &amp; Fortes, 2006) (14 reactivos).</p> <p>*Escala de confianza (Gracia, Silla, Peiró &amp; Fortes, 2006) (4 reactivos).</p> <p>*Escala de justicia (Gracia, Silla, Peiró &amp; Fortes, 2006) (4 reactivos).</p> <p>*Escala de satisfacción con la vida (Gracia, Silla, Peiró &amp; Fortes, 2006) (4 reactivos).</p> <p>El estado del contrato psicológico predice la satisfacción con la vida (<math>B = 0.12, p &lt; .01</math>), el conflicto trabajo-familia (<math>B = -0.08, p &lt; .01</math>) y el bienestar psicológico (<math>B = 0.09, p &lt; .01</math>). La justicia percibida predice la satisfacción con la vida (<math>B = 0.10, p &lt; .05</math>) y el conflicto trabajo-familia (<math>B = -0.09, p &lt; .01</math>), pero no el bienestar psicológico. El cumplimiento del contrato psicológico predice tanto la satisfacción con la vida (<math>B = 0.13, p &lt; .01</math>), como el conflicto trabajo-familia (<math>B = -0.12, p &lt; .01</math>) y el bienestar psicológico (<math>B = 0.06, p &lt; .01</math>).</p>

Fortes, 2006) (7 reactivos)

\*Escala de conflicto trabajo-familia (Geurts, 2001) (4 reactivos).

\*General health questionnaire (Goldberg, 1979) (12 reactivos).

Síndrome Fibromiálgico	Aragón, Pastor, Lledó, López, Terol & Rodríguez (2001). Percepción de control en el Síndrome Fibromiálgico: variables relacionadas.	Evaluar el efecto de variables socio-demográficas y clínicas sobre las creencias de control, y la relación de éstas últimas con el estado de salud de las personas con fibromiálgia.	77 mujeres con fibromiálgia (rango de edad 18-70 años).	*Datos socio-demográficos (Aragón, Pastor, Lledó, López, Terol & Rodríguez, 2001) *Cuestionario de autoeficacia en dolor crónico (Martín-Aragón, et al., 1999). *Escala multidimensional de locus de control de dolor-factor interno (Pastor et al., 1990). *Escala de competencia percibida en salud (Pastor, et al., 1997). *Escala de percepción del dolor (Aragón, Pastor, Lledó, López, Terol & Rodríguez, 2001) (4 reactivos). *Perfil de consecuencias de la enfermedad (Badía & Alonso, 1994). *Escala de ansiedad y depresión hospitalaria (Terol et al., 1997).	La edad se relaciona significativa y negativamente con las expectativas de autoeficacia y con la competencia percibida en salud ( $r = -0.24, p < .05$ , en ambos casos), no así con el locus de control interno ( $r = -0.02$ ). El tiempo de padecimiento no se relaciona significativamente con ninguna de las variables de percepción de control. Las variables expectativas de autoeficacia y competencia percibida en relación a la salud presentan relaciones significativas negativas con cada una de las variables del estado de salud evaluadas (rango de las correlaciones entre $-0.27, p < .05$ y $-0.57, p < .01$ ). La competencia percibida predice significativamente el impacto en las actividades de ocio y pasatiempos, la ansiedad ( $F = 6.77, p < .01$ ) y la depresión ( $F = 21.37, p < .001$ ).
------------------------	--	--	---	---	---



## REFERENCIAS

- American Psychological Association (2010) *Manual de Publicaciones de la American Psychological Association*. México: Manual Moderno.
- Andrews, F., & Whitney, S. (1976) *Social Indicators of well being, Americans' perceptions of life quality*. New York: Plenum Press.
- \*Aragón, M., Pastor, M., Lledó, A., López, S., Terol, M., & Rodríguez J. (2001). Percepción de control en el síndrome fibromiálgico: Variables relacionadas. *Psicothema*, 13 (004), 588-591.
- \*Avenidaño, M., & Barra, E. (2008). Autoeficacia, Apoyo Social y Calidad de Vida en Adolescentes con Enfermedades Crónicas. *Terapia Psicológica*, 26 (2), 165-172.
- Badía, X., & Alonso, J. (1994). Adaptación de una medida de la disfunción relacionada con la enfermedad: la versión española del Sickness Impact Profile. *Medicina Clínica*, 102, 90-95.
- Baessler, J., & Schwarzer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: adaptación española de la escala de autoeficacia general. *Ansiedad y Estrés*, 2, 1-8.
- Ballester, R., & Gil, M. (2007). *Cuestionario de Información, Actitudes y Comportamientos relacionados con la Salud (CIACS-I, II y III)*. V World Congress of Behavioural & Cognitive Therapies, Barcelona, 11-14 julio.
- Bandura, A. (1999). Ejercicio de la eficacia personal y colectiva en sociedades cambiantes. En Bandura, A. *Autoeficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*. (19-54). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Bandura, A., Adams, N., Hardy, A., & Howells, G. (1980). Test of the generality of self efficacy theory. *Cognitive Therapy and Research*, 4, 39-66, available via: <http://dx.doi.org/10.1007/BF01173354>
- Bandura, A., Reese, L., & Adams, N. (1982). Microanalysis of action and fear arousal as a function of differential levels of perceived self-efficacy. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43 (1), 5-21, available via: <http://dx.doi.org/10.1037//0022-3514.43.1.5>
- Bazan, G. E. (2003). Contribuciones de la psicología de la salud en el ámbito hospitalario en México. *Psicología y Ciencia Social*, 5, 1, 20-26.
- Blake, D., Weathers, F., Nagy, L., Kaloupek, D., Gusman, F., Charney, D., & Keane, T. (1995). The development of a Clinician- Administered PTSD Scale. *Journal of Trauma Stress*, 8, 75-90, available via: <http://dx.doi.org/10.1007/BF02105408>
- \*Carpi, A., González, P., Zurriaga, R., Marzo, J., & Buunk, A. (2010). Autoeficacia y percepción de control en la prevención de la enfermedad cardiovascular. *Universitas Psychologica*, 9 (2), 423-432.
- Chida, Y., & Steptoe, A. (2008). Positive psychological well-being and mortality: A quantitative review of prospective observational studies." *Psychosomatic Medicine*, 70, 741-756, available via: <http://dx.doi.org/10.1097/PSY.0b013e31818105ba>
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396, available via: <http://dx.doi.org/10.2307/2136404>
- Cuadra, H., & Florenzano, R. (2003) "El bienestar subjetivo: hacia una psicología positiva." *Revista de Psicología*, 12 (1), 83-96.
- Diener, E., Emmons, R., Larsen, R., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale." *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75, available via: [http://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa4901\\_13](http://dx.doi.org/10.1207/s15327752jpa4901_13)
- Diener, E., Kesebir, P., & Lucas, R. (2008). Benefits of Accounts of Well-Being-for societies and for Psychological Science. *Applied Psychology: Health & well-being*, 3 (1), 1-43, available via: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1464-0597.2008.00353.x>
- Dupuy, H. J. (1984) *The psychological general well-being (PGWB) index*. En N. K. Wenger, M. E. Mattson, C. D. Furberg, et al. (Eds.) *Assessment of quality of life in clinical trials* (pp 170-183). New York: Le Jacq Publishing Inc.
- Fernandes, H., Vasconcelos-Raposo, J., & Teixeira, C. (2010). Preliminary Analysis of the Psychometric Properties of Ryff's Scales of Psychological Well-Being in Portuguese Adolescents. *The Spanish Journal of Psychology*, 13 (2), 1032-1043.
- Fernández, B., Díez-Nicolás, J., Vittorio, C., Barbaranelli, C., & Bandura, A. (2004). Determinantes y relaciones estructurales desde la

- eficacia personal a la eficacia colectiva." En Salanova, M., Grau, R., Martínez, I., Cifre, E., Llorens, S. & García-Renedo, M. (Eds.) *Nuevos horizontes en la investigación sobre la autoeficacia* (69-80). España: Publicacions de la Universitat Jaume.
- Foa, E. (1996) *Posttraumatic Stress Diagnostic Scale*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Fredrickson, B. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The Broaden and Build Theory of positive emotions." *American Psychologist*, 56, 218-226.
- Frydenberg, E., & Lewis, R. (1997). *Escalas de afrontamiento para adolescentes: Manual*. España: Publicaciones de Psicología Aplicada.
- Geurts, S. (2001) *SWING Survey work-home interaction*. Nijmegen: University of Nijmegen.
- Gohm, C., Oishi, S., Darlington, J., & Diener, E. (1998). "Culture, parental conflict, parental marital status, and subjective well-being of young adults." *Journal of Marriage & the Family*, 60 (2), 319-334, available via: <http://dx.doi.org/10.2307/353851>
- Goldberg, D. (1972) *The detection of psychiatric illness by questionnaire: A technique for the identification and assesment non-psychiatric illness*. London: Oxford University Press.
- Goldberg, D. (1979). *Manual of the General Health Questionnaire*. London: NFER-Nelson.
- \*Gómez, V., Villegas de Posada, C., Barrera, F., & Cruz, J. (2007). Factores predictores de bienestar subjetivo en una muestra colombiana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 39 (2), 311-325.
- \*Goncalves, S., Castellá, J., & Carlotto, M. (2007). Predictores de conductas sexuales de riesgo entre adolescentes. *Interamerican Journal of Psychology*, 41 (002), 161-166.
- Gracia, F., Herrero, J., & Musitu, G. (2002) *Evaluación de recursos y estresores psicosociales en la comunidad*. Madrid: Editorial Síntesis.
- \*Gracia, F., Silla, I., Peiró, J., & Fortes L. (2006). El estado del contrato psicológico y su relación con la salud psicológica de los empleados. *Psicothema*, 18 (002), 256-262.
- 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.
- \*Guirado, M., & Ballester, R. (2005). Relación entre conductas alimentarias anómalas y otros hábitos de salud en niños de 11 a 14 años. *Anales de Psicología*, 21 (001), 58-65.
- Haynes, R., Sackett, D., Taylor, D., & Snow, J. (1979). Appendix 1: Annotated and indexed bibliography on compliance with therapeutic and preventive regimens. En R.B. Haynes, D.W. Taylor & D.L. Sackett (Eds), *Compliance in Health Care* (pp. 337-343). Baltimore: The Johns Hopkins. University Press.
- INEGI (2009). Defunciones generales totales por principales causas de mortalidad. Recuperado noviembre 17, 2011, a través de: <http://www.inegi.org.mx/sistemas/sisept/Default.aspx?t=mdemo107&s=est&c=23587>
- \*Jiménez, M., Martínez, P., Miró, E., & Sánchez, A. (2008). Bienestar psicológico y hábitos saludables: ¿Están asociados a la práctica de ejercicio físico? *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 8 (001), 185-202.
- Jou, Y., & Fukada, H. (1997). Stress and social support in mental and physical health of Chinese Students in Japan. *Psychological Reports*, 81, (3), 1303-1312, available via: <http://dx.doi.org/10.2466/pr0.1997.81.3f.1303>
- Lobo, A., Pérez-Echeverría, M.J., & Artal, J. (1986). Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychological Medicine*, 16, 135-140, available via: <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291700002579>
- Luszczynska, A., & Schwarzer, R. (2005) Social cognitive theory. In M. Conner & P. Norman (Eds.), *Predicting health behaviour* (2nd edn. rev., pp. 127-169). Buckingham: Open University Press.
- Maddux, J. (2008). Positive Psychology and the Illness Ideology: Toward a Positive Clinical Psychology. *Applied Psychology: An International Review*, 57, 54-78, available via: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1464-0597.2008.00354.x>
- Martín-Aragón, M., Pastor, M., Rodríguez-Marín, J., March, M., Lledó, A., López-Roig, S., & Terol, M. (1999) Percepción de autoeficacia en dolor crónico: adaptación y validación de la Chronic Pain Self-Efficacy Scale. *Revista de Psicología de la Salud*, 11, (1-2), 53-75.

- \*Martos, M., & Pozo, C. (2011). Apoyo funcional vs. disfuncional en una muestra de pacientes crónicos. Su incidencia sobre la salud y el cumplimiento terapéutico. *Anales de Psicología*, 27 (1), 47-57.
- McNair, D., Lorr, M., & Droppleman, L. (1992). *Manual for the profile of mood states*. San Diego, C.A.: Educational and Industrial Testing Service.
- Moreno, B., Garrosa, E., & González, J. (2000). Personalidad resistente, burnout y salud. *Escritos de Psicología*, 4, 64-77.
- Morowatisharifabad, M., Ghofranipour, F., Heidarnia, A., & Ruchi, G. (2006). Self-efficacy and Health Promotion Behaviors of Older adults in Iran. *Social Behavior and Personality*, 34, (7), 759-768, available via: <http://dx.doi.org/10.2224/sbp.2006.34.7.759>
- \*Novoa, M., Vargas, R., Obispo, S., Pertuz, M., & Rivera, Y. (2010). Evaluación de la calidad de vida y bienestar psicológico en pacientes postquirúrgicos con cáncer de tiroides. *International Journal of Psychological Therapy*, 10 (2), 315-329.
- Ostir, G., Berges, I., Markides, K., & Ottenbacher, K. (2006). Hypertension in older adults and the role of positive emotions. *Psychosomatic Medicine*, 68, 727-733, available via: <http://dx.doi.org/10.1097/01.psy.0000234028.93346.38>
- Pastor, M., López, S., Rodríguez, J., Sánchez, S., Salas, E. y Pascual, E. (1990). Expectativas de control sobre la experiencia de dolor: adaptación y análisis preliminar de la escala multidimensional de locus de control de salud. *Revista de Psicología de la Salud*, 2, (1-2), 91-111.
- Pastor, M., Martín-Aragón, M., Rodríguez-Marín, J., Terol, M., López-Roig, S., & Sánchez, S. (1997). *Valoración de la Competencia Percibida en relación a la salud*. Poster presentado en el VI Congreso Nacional de Psicología Social. 29-30 de septiembre y 1 de octubre. San Sebastián.
- Pennebaker, J. (1982). *The Psychology of Physical Symptoms*. New York: Springer-Verlag, available via: <http://dx.doi.org/10.1007/978-1-4613-8196-9>
- \*Peñate, W., Pino-Sedeño, T., & Bethencourt, J. (2010). El efecto diferencial de escribir sobre un mismo trauma o sobre diferentes traumas en el bienestar psicológico y el estado de salud autoinformado. *Universitas Psychologica*, 9 (2), 433-445.
- Piña, J. A. (2003). La Psicología y los psicólogos en el sector salud en México: Algunas realidades perturbadoras. *International Journal of Clinical Health Psychology*, 4, 1, 191-205.
- Ravens-Sieberer, U., Gosch, A., Rajmil, L., Erhart, M., Bruil, J., & Duer, W. (2005). KIDSCREEN-52 quality-of-life measure for children and adolescents. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 5 (3), 353-364, available via: <http://dx.doi.org/10.1586/14737167.5.3.353>
- Revenson, T., Schiaffino, K., Majerovitz, S., & Gibofsky, A. (1991). Social support as a double-edged sword: the relation of positive and problematic support to depression among rheumatoid arthritis patients. *Social Science and Medicine*, 33, (7), 807-813, available via: [http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536\(91\)90385-P](http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536(91)90385-P)
- \*Ríos, M., Sánchez, J., & Godoy, C. (2010). Personalidad resistente, autoeficacia y estado general de salud en profesionales de Enfermería de cuidados intensivos y urgencias. *Psicothema*, 22 (4), 600-605.
- Rodríguez, G., & Rojas, M. E. (1998). La Psicología de la Salud en América Latina. En G. Rodríguez & M. E. Rojas (eds.) *La psicología de la salud en América Latina* (pp. 15-32). México: UNAM/Porrúa.
- \*Sánchez, J. (2005). Efectos de la presentación del mensaje para realizar conductas saludables: El papel de la autoeficacia y de la motivación cognitiva. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6 (003), 613-630.
- Sánchez, M., & Dresch V. (2008). The 12-item general health questionnaire (GHQ-12): Reliability, external validity and factor structure in the Spanish population. *Psicothema*, 20 (004), 839-843.
- Sanjuan, S., Pérez, A., & Bermúdez, J. (2000). Escala de autoeficacia general: Datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema*, 12 (2), 509-513.
- \*Sansinenea, E., Gil de Montes, L., Agirrezabal, A., Larrañaga, M., Ortiz, G., Valencia, J., & Fuster, M. (2008). Autoconcordancia y autoeficacia

- en los objetivos personales: ¿Cuál es su aportación al bienestar? *Anales de Psicología*, 24 (1), 121-128.
- Segerstrom, S., & Miller, G. (2004). Psychological stress and the human immune system: A meta-analytic study of 30 years of inquiry. *Psychological Bulletin*, 130, 601-630, available via: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.130.4.601>
- Sandín, B., & Chorot, P. (1995) *Escala de síntomas somáticos revisada (ESS-R)*. Madrid: UNED
- Schwarzer, R. (1993). *Measurement of Perceived self efficacy*. Berlin: Forschung an der Freien Universitat.
- Schwarzer, R. & Scholz, U. (2000). *Cross-cultural assessment of coping resources: The General Perceived Self-efficacy Scale*. Trabajo presentado en el Primer Congreso Asiático de Psicología de la Salud. Tokyo.
- Sheldon, K., & Kasser, T. (1995). Coherence and congruence: Two aspects of personality integration. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 531-543, available via: <http://dx.doi.org/10.1037//0022-3514.68.3.531>
- Terol, M., Rodríguez-Marín J., López-Roig S., Martín-Aragón M. y Pastor M. (1997). *The Hospital Anxiety and Depression Scale. Psychometric Properties in a Spanish Sample*. Póster presentado en la 11<sup>th</sup> Conference of the European Health Psychology Society. Francia,
- Ware, J., & Sherbourne, C. (1992). The MOS 36-item Short Form Health Survey (SF-36). *Medical Care*, 30, 473-483, available via: <http://dx.doi.org/10.1097/00005650-199206000-00002>
- Watson, D., Clark, L. & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070, available via: <http://dx.doi.org/10.1037//0022-3514.54.6.1063>
- Zigmond, A. & Snaith, R. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370, available via: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>