

**NUEVOS HORIZONTES  
EN LA INVESTIGACIÓN  
SOBRE LA AUTOEFICACIA**

Col·lecció «Psique»  
Núm. 8

# NUEVOS HORIZONTES EN LA INVESTIGACIÓN SOBRE LA AUTOEFICACIA

MARISA SALANOVA, ROSA GRAU, ISABEL M. MARTÍNEZ,  
EVA CIFRE, SUSANA LLORENS Y MÓNICA GARCÍA-RENEDO  
(Eds.)

BIBLIOTECA DE LA UNIVERSITAT JAUME I. Dades catalogràfiques

**NUEVOS** horizontes en la investigación sobre la autoeficacia / Marisa Salanova ... [et al.] (eds).— Castelló de la Plana : Publicacions de la Universitat Jaume I, D.L. 2004

p. ; cm. — (Psique, 8)

Bibliografia. — Textos en castellà i anglès.

ISBN 84-8021-470-8

1. Adaptació (Psicologia). 2. Control (Psicologia). 3. Autoconsciència. I. Salanova Soria, Marisa, ed. lit. II. Univeritat Jaume I. Publicacions, ed. III. Sèrie.

159.928.234

159.947.3

159.923.2

Cap part d'aquesta publicació, incloent-hi el disseny de la coberta, no pot ser reproduïda, emmagatzemada, ni transmesa de cap manera, ni per cap mitjà (electrònic, químic, mecànic, òptic, de gravació o bé de fotocòpia) sense autorització prèvia de la marca editorial.

© Del text: les autores, 2004

© De la present edició: Publicacions de la Universitat Jaume I, 2004

Correcció lingüística: Elena Agea Zafón

Edita: Publicacions de la Universitat Jaume I. Servei de Comunicació i Publicacions  
Campus del Riu Sec. Edifici Rectorat i Serveis Centrals. 12071 Castelló de la Plana  
Tel. 964 72 82 19 Fax 964 72 82 32  
e-mail: publicacions@uji.es <http://sic.uji.es/publ>

ISBN 84-8021-470-8

Dipòsit legal: Z-3099-2004

Imprimeix: INO Reproducciones S.A.



**ÍNDICE DE EDITORES  
Y AUTORES DE CONTACTO**

---

## EDITORES

Los editores de este volumen forman parte del Equipo de Investigación WONT (<http://www.wont.uji.es/>) del Departamento de Psicología Evolutiva, Educativa, Social y Metodología. Universitat Jaume I Campus de Riu Sec, s/n. 12017. Castellón. Los editores fueron a su vez organizadores del I Simposium de Autoeficacia: Investigación y Aplicaciones (<http://www.autoeficacia.uji.es/>).

SALANOVA SORIA, MARISA. Tfno: +34 964 729583, Fax: +34 964 729262, E-mail: Marisa.Salanova@uji.es.

GRAU GUMBAU, ROSA. Tfno: +34 964 729584, Fax: +34 964 729262, E-mail: rgrau@uji.es

MARTÍNEZ MARTÍNEZ, ISABEL M. Tfno: +34 964 729585, Fax: +34 964 729262, E-mail: imartine@uji.es

CIFRE GALLEGO, EVA. Tfno: +34 964 729589, Fax: +34 964 729262, E-mail: cifre@uji.es

LLORENS GUMBAU, SUSANA. Tfno: +34 964 729569, Fax: +34 964 729262, E-mail: llogum@uji.es

GARCÍA-RENEDO, MÓNICA. Tfno: +34 964 729570, Fax: +34 964 729262, E-mail: renedo@uji.es

## AUTORES DE CONTACTO

Aparecen a continuación los primeros autores ordenados alfabéticamente con sus direcciones de contacto:

ANDREU BARRACHINA, LLORENÇ. Diplomado en Magisterio, especialidad en Educación Física y estudiante de Psicopedagogía. Facultat de Ciències i Socials. Universitat Jaume I. Tfno: +34 964 729527, Fax: +34 964 729262, E-mail: al060462@alumail.uji.es

BANDURA, ALBERT. Department of Psychology, Stanford University, Building 420, Jordan Hall, Stanford CA, 94305, Tfno: 650 7252409, Fax: 650 7255699, E-mail: bandura@psych.stanford.edu

- BEAS COLLADO, M. ISABEL. Oficina de Cooperació Internacional i Educativa-Inserció Professional. Campus Riu Sec-ESTCE, 2071, Castellón. Tfno: + 34 964 729077, Fax.: +34 964 729127, E-mail: beas@sg.uji.es
- BRESÓ ESTEVE, EDGAR. Equipo de Investigación WONT, Departamento de Psicología Evolutiva, Educativa, Social y Metodología. Facultat de Ciències Humanes i Socials. Universitat Jaume I Campus de Riu Sec, s/n. 12017, Castellón. Tfno: +34 962 421372, Fax: +34 962 481844, E-mail: breso@uji.es
- BURRIEL CALVET, RAÚL. Oficina de Cooperació Internacional i Educativa. Àrea de Cooperació per a la Inserció Professional. Universitat Jaume I Campus de Riu Sec, s/n. 12017, Castellón. Tfno: +34 964 729396, Fax: +34 964 729127, E-mail: calvet@sg.uji.es
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, ROCÍO. Departamento de Psicología Biológica y de la Salud. Facultad de Psicología. Campus de Cantoblanco, Universidad Autónoma de Madrid, 28049 Madrid. Tfno: 914975181, Fax: 914975215, Email: r.ballesteros@uam.es
- GARCÍA MONTAÑO, JUAN M. Instituto «Gutierrez Mellado», c/ Princesa, 32. 28008 Madrid. Tfno: +34 917 580011, Fax: +34 917 580030, E-mail: pigm1098@igm.uned.es
- GARRIDO MARTÍN, EUGENIO. Área de Psicología Social. Facultad de Psicología. Universidad de Salamanca. Patio de Escuelas 1, 37008, Salamanca Tfno: +34 923 294 502, E-mail: garrido@gugu.usal.es
- LÓPEZ ROIG, SOFÍA. Dpto. Psicología de Salud, Facultad de Medicina. Ctra. Alicante-Valencia, Km 87. 03550, San Juan. Alicante. Tfno: +34 965 919463, Fax: +34 965 919475, E-mail: slroig@umh.es
- PAJARES, FRANK. Division of Educational Studies. Emory University. Atlanta, GA 30322. Tfno: +01 404 7271775, Fax: +01 404 7272799, E-mail: mpajares@emory.edu
- PASTOR MIRA, M<sup>a</sup> ÁNGELES. Dpto. Psicología de Salud, Facultad de Medicina. Ctra. Alicante-Valencia, Km 87, 03550, San Juan. Alicante. Tfno: 965919470, Fax: 965919475, E-mail: mapastor@uhm.es
- POY GIL, ROSER. Departamento de Psicología Básica, Clínica y Psicobiología. Facultat de Ciències Humanes i Socials. Universitat Jaume I, Campus de Riu Sec, s/n. 12017, Castellón. Tfno: +34 964 729582. Fax: +34 964 729267, E-mail: poy@psb.uji.es
- SCHWARZER, RALF. Freie Universität Berlin Abteilung für Gesundheitspsychologie Habelschwerdter Allee 45, 14195 Berlin, Germany, +49 30 838 5630, Fax: +49 30 838 55634, E-mail: health@zedat.fu-berlin.de
- SITGES MACIÀ, ESTHER. Dpto. Psicología de Salud, Facultad de Medicina. Ctra. Alicante-Valencia, Km 87, 03550, San Juan. Alicante. Tfno: +34 966 658528, Fax: +34 965 919475, E-mail: esther.sitges@uhm.es

TABERNERO URBIETA, CARMEN. Área de Psicología Social. Departamento de Educación. Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad de Córdoba, Avenida San Alberto Magno s/n. 14004 Córdoba, Tfno: +34 957 212535. Fax: +34 957 218937, E-mail: ed1taurm@uco.es

VILLAMARÍN CID, FRANCISCO. Departamento de Psicología Básica, Evolutiva, y de la Educación. Área de Psicología Básica. Edificio B. Campus de la Universidad Autónoma de Barcelona. 08193 Bellaterra (Cerdanyola del Vallés), Tfno.: +34 93 5811487, Fax: +34 93 581 3329, E-mail: Francisco.Villamarín@uab.es

WEST, MICHAEL. Work & Organisational Psychology. Aston Business School. Aston University. Aston Triangle. Birmingham B4 7ET. Tfno: +0121 359 3611, Fax: + 0121 359 2919, E-mail: M.A.West@aston.ac.uk

## ÍNDICE

---



<b>Introduction, FRANK PAJARES</b> .....	19
<b>Laudatio al profesor Albert Bandura, MARISA SALANOVA</b> .....	27
<b>The growing primacy of perceived efficacy in human self-development, adaptation and change, ALBERT BANDURA</b> .....	33
1. Introduction .....	35
2. Health Promotion and Disease Prevention .....	38
3. Educational Development and Self-Renewal .....	42
4. Self-Efficacy in Organizational Functioning .....	45
5. Modes of Human Agency .....	48
6. Intracultural Diversity & Territorial Culturalism .....	50
<b>I. AUTOEFICACIA: CONCEPTO Y PROCESOS BÁSICOS</b> .....	53
1. Autoeficacia: origen de una idea, EUGENIO GARRIDO .....	55
2. Determinantes y relaciones estructurales desde la eficacia personal a la eficacia colectiva, ROCÍO FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, JUAN DíEZ-NICOLÁS, GIAN VITTORIO CAPRARA y CLAUDIO BARBARANELLI, y ALBERT BANDURA .....	68
3. Emoción, autoeficacia y cognición, ROSARIO POY, PILAR SEGARRA, M <sup>a</sup> CARMEN PASTOR, SUSANA MONTAÑÉS, M <sup>a</sup> PILAR TORMO y JAVIER MOLTÓ .....	81
<b>II. AUTOEFICACIA Y TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN</b> .....	89
1. Tecnoestrés y autoeficacia: ¿vinculando lo invulnerable?, MARISA SALANOVA .....	91

2. Autoeficacia hacia los ordenadores y frecuencia de uso en usuarios de tecnologías de la información, SUSANA LLORENS, MARISA SALANOVA y EVA CIFRE .....99
3. Autoeficacia y su relación con el bienestar psicológico y la formación con los ordenadores en usuarios de tecnología, M. ISABEL BEAS y MARISA SALANOVA .....106

### III. AUTOEFICACIA Y SALUD .....117

1. Autoeficacia y salud: investigación básica y aplicaciones, FRANCISCO VILLAMARÍN y ANTONI SANZ .....119
2. Expectativas de autoeficacia y utilización de recursos sanitarios en el síndrome fibromiálgico, M<sup>a</sup> ÁNGELES PASTOR, ANA LLEDÓ, MAITE MARTÍN-ARAGÓN, NIEVES PONS, SOFÍA LÓPEZ-ROIG, M<sup>a</sup> CARMEN TEROL y JESÚS RODRÍGUEZ-MARÍN .....133
3. Creencias de autoeficacia y conducta de autoexploración en mujeres con cáncer de mama, SOFÍA LÓPEZ ROIG, M<sup>a</sup> CARMEN NEIPP, M<sup>a</sup> ÁNGELES PASTOR, M<sup>a</sup> CARMEN TEROL y BARTOMEU MASSUTÍ .....142
4. Influencia de la autoeficacia en los resultados de los pacientes sometidos a un tratamiento de rehabilitación física, ESTHER SITGES, JESÚS RODRÍGUEZ MARÍN, M<sup>a</sup> ÁNGELES PASTOR, SONIA TIRADO, JOSÉ JOAQUÍN MIRA, MAITE MARTÍN-ARAGÓN .....149

### IV. AUTOEFICACIA, TRABAJO Y ORGANIZACIONES ..... 163

1. The human work face: building effective organizations through managing human motivation, MICHAEL A. WEST y CLAUDIA A. SACRAMENTO .....165
2. Autoeficacia aplicada al trabajo y a las organizaciones, ISABEL M. MARTÍNEZ .....178
3. Competencia percibida como mediadora entre obstáculos/facilitadores organizacionales y bienestar psicológico entre empleados de contacto directo con clientes, ROSA GRAU, SUSANA LLORENS, RAÜL BURRIEL, MARISA SALANOVA y SONIA AGUT ..187
4. Moral, potencial psicológico y eficacia, JUAN M. GARCÍA MONTAÑO, MARÍA T. GUTIÉRREZ DOMÍNGUEZ, MARÍA D. MARTÍNEZ, M. L. MORENO LÁZARO y M. A. NÚNEZ AMADOR .....198

5. La incidencia del entrenamiento en el nivel de eficacia percibida: un estudio en un equipo femenino de fútbol, LLORENÇ ANDREU, ÀLEX PALLARÉS y ÓSCAR JUÁREZ .....	205
6. El papel de la autoeficacia en la toma de decisiones complejas. Principales resultados de la simulación desarrollada por Wood y Bailey (1985), CARMEN TABERNERO .....	212
<b>V. AUTOEFICACIA Y EDUCACIÓN .....</b>	<b>227</b>
1. Perceived self-efficacy as a resource factor in teachers, RALF SCHWARZER y GERDAMARIE S. SCHMITZ .....	229
2. Éxito académico y expectativas de éxito: el rol mediador de la autoeficacia académica, EDGAR BRESO, MARISA SALANOVA, ISABEL M. MARTÍNEZ, ROSA GRAU y SONIA AGUT .....	237
3. Antecedentes afectivos de la autoeficacia entre profesores: diferencias individuales, MÓNICA GARCÍA-RENEO, SUSANA LLORENS, MARISA SALANOVA y EVA CIFRE .....	244
<b>Referencias .....</b>	<b>255</b>
<b>Índice de figuras .....</b>	<b>287</b>
<b>Índice de tablas .....</b>	<b>291</b>

## **INTRODUCTION**

---

**W**hat a singular pleasure it was for me to be asked to write some introductory remarks for this important new volume focusing on the new horizons in the investigation of self-efficacy. First, of course, I had the good fortune to read the manuscripts that have now been transformed into the chapters that you too will now have the good fortune to read. Although I do admit that doing so, forced me to flex my “academic Spanish” muscles, I can bear testament that the exercise was well worth the effort, and so I assure you that you are in for a highly rewarding read. It was a pleasure also because it provided me with the opportunity to reflect at some depth on the profound influence that such a relatively new concept has had on psychological thinking throughout the world. What is especially valuable about this superb volume, in fact, is that it vividly illustrates how masterfully a sound psychological construct can cross an ocean and find relevance in a land not of its birth. Clearly, self-efficacy is in fine hands in the hands of Spanish scholars.

A casual glance toward the area of achievement motivation these days easily reveals the fact that the near totality of constructs and theories in this area seem to share one focus in common the discipline’s taken-for-granted assumption that individuals’ self-beliefs are a critical component of human striving. In their expansive overview of the state of knowledge related to theories and principles of motivation for the current *Handbook of Educational Psychology*, Sandra Graham and Bernard Weiner noted just how pervasive that focus has become, suggesting that current research “reflects what is probably the main new direction in the field of motivation the study of the self”. In fact, the almost exclusive focus on self-constructs as key indexes of achievement motivation caused Graham and Weiner to suggest that current interest in the self is very nearly dominating thinking and research about motivation. This assumption is of course grounded on the belief that the perceptions that people create, develop, and hold to be true about themselves and about their capabilities are vital forces in their success or failure in all human endeavors.

So taken-for-granted is the assumption that people's self-beliefs are a critical component of their motivation that one might reasonably conclude it has always been so. In fact, one would think that psychology has always made research on self-constructs a focus of psychological research. But this has not been the case. For myriad reasons, from psychology's birth during the time of William James to the modern day, interest in self-beliefs as motivational agents has waxed and waned.

During much of the past century, attention to self-constructs in psychological research, and in motivation theorizing in particular, was scrupulously avoided. There are a number of reasons for the haphazard attention to that self-constructs received throughout psychology's first century. For long periods, attention was avoided because psychologists viewed all internal mental events with suspicion. At other times, rigor in empirical research left much to be desired, and researchers became bewildered by the inconsistent, and sometimes contradictory, findings that investigations produced. Still at other times, the application of research findings and scholarly thinking on self-beliefs produced mixed results in schools when insights regarding the correlates of self-beliefs made the transition from research to intervention practices. As a consequence, they fell prey to disinterest and ultimately ridicule.

What, then, has been responsible for the resurgence of interest in self-constructs? In the early 1940s, at the height of behaviorism's influence on American psychology and education, learning theorists such as Neal Miller and John Dollard began to propose theories of social learning and imitation that rejected behaviorist notions of associationism in favor of drive reduction principles. Although these theories were instrumental in emphasizing the role that social processes play on human learning and functioning, they failed to take into account the creation of novel responses or the processes of delayed and nonreinforced behaviors. In 1963, Albert Bandura and Richard Walters proposed a theory of social learning that broadened the frontiers of existing theories with the now familiar principles of observational learning and vicarious reinforcement. Bandura later proposed a view of human functioning that accorded a central role to cognitive, vicarious, self-regulatory, and self-reflective processes in human adaptation and change.

In 1977, with the publication of the seminal "Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change" in the journal *Psychological Review*, Bandura contended that, of all self-beliefs, it is the beliefs that individuals hold about their competence, or *self-efficacy beliefs*, that powerfully influence the choices people make, the effort they expend, how long they persevere in the face of challenge, and the degree of apprehension they bring to the task at hand. In a chapter of this volume, Professor Eugenio Garrido expertly traces how this idea, later accom-

panied by a superbly framed theory of social cognition, altered the psychological landscape and permeated every corner of psychological thinking.

With the publication of *Social Foundations of Thought and Action: A Social Cognitive Theory* in 1986, Bandura advanced a view of human functioning that accords a central role to cognitive, vicarious, self-regulatory, and self-reflective processes in human adaptation and change. People are viewed as self-organizing, proactive, self-reflecting and self-regulating rather than as reactive organisms shaped and shepherded by environmental forces or driven by concealed inner impulses. Social cognitive theory is rooted in a view of human agency in which individuals are proactively engaged in their own development and can make things happen by their actions. In this conception of human functioning, the beliefs that people have about themselves are critical elements in the exercise of control and of personal agency. As Bandura put it, “what people think, believe, and feel affects how they behave”. These beliefs comprise a self system with symbolizing, forethinking, vicarious, self-regulatory, and self-reflective capabilities, and human behavior is the result of the interplay between this personal system and external sources of influence.

From this theoretical perspective, human functioning is viewed as the product of a dynamic interplay of personal, behavioral, and environmental influences. Individuals are both products and producers of their own environments and of their social systems. For example, how people interpret the results of their own behavior informs and alters their environments and the personal factors they possess which, in turn, inform and alter subsequent behavior. This is the foundation of Bandura’s conception of reciprocal determinism, the view that (a) personal factors in the form of cognition, affect, and biological events, (b) behavior, and (c) environmental influences create interactions that result in a triadic reciprocity. Bandura altered the label of his theory from social learning to social “cognitive” both to distance it from prevalent social learning theories of the day and to emphasize that cognition plays a critical role in people’s capability to construct reality, self-regulate, encode information, and perform behaviors.

This reciprocal nature of the determinants of human functioning in social cognitive theory makes it possible for therapeutic and counseling efforts to be directed at personal, environmental, or behavioral factors. Strategies for increasing well-being can be aimed at improving emotional, cognitive, or motivational processes, increasing behavioral competencies, or altering the social conditions under which people live and work. In school, for example, teachers have the challenge of improving the academic learning and confidence of the students in their charge. Using social cognitive theory as a framework, teachers can work to improve their students’ emotional states and to correct their faulty self-beliefs and habits of thinking (personal factors), improve their academic skills and

self-regulatory practices (behavior), and alter the school and classroom structures that may work to undermine student success (environmental factors).

Bandura's social cognitive theory stands in clear contrast to theories of human functioning that overemphasize the role that environmental factors play in the development of human behavior and learning. Behaviorist theories, for example, show scant interest in self-processes because theorists assume that human functioning is caused by external stimuli. Because inner processes are viewed as transmitting rather than causing behavior, they are dismissed as a redundant factor in the cause and effect process of behavior and unworthy of psychological inquiry. For Bandura, a psychology without introspection cannot aspire to explain the complexities of human functioning. It is by looking into their own conscious mind that people make sense of their own psychological processes. To predict how human behavior is influenced by environmental outcomes, it is critical to understand how the individual cognitively processes and interprets those outcomes. More than a century ago, William James (1890/1981) had similarly argued that "introspective observation is what we have to rely on first and foremost and always". For Bandura, "a theory that denies that thoughts can regulate actions does not lend itself readily to the explanation of complex human behavior".

Similarly, social cognitive theory differs from theories of human functioning that overemphasize the influence of biological factors in human development and adaptation. Although it acknowledges the influence of evolutionary factors in human adaptation and change, it rejects the type of evolutionism that views social behavior as the product of evolved biology but fails to account for the influence that social and technological innovations that create new environmental selection pressures for adaptiveness have on biological evolution. Instead, the theory espouses a bidirectional influence in which evolutionary pressures alter human development such that individuals are able to create increasingly complex environmental innovations that, "in turn, create new selection pressures for the evolution of specialized biological systems for functional consciousness, thought, language, and symbolic communication". This bidirectional influence results in the remarkable intercultural and intracultural diversity evident in our planet.

Because human lives are not lived in isolation, Bandura expanded the conception of human agency to include collective agency. People work together on shared beliefs about their capabilities and common aspirations to better their lives. This conceptual extension makes the theory applicable to human adaptation and change in collectivistically-oriented societies as well as individualistically-oriented ones. It has not only been the landscape of formal psychology that has been transformed by self-efficacy, however. As other scholars in this volume demonstrate, the idea that human functioning is powerfully influenced



by an individual's perceptions of competence has had powerful implications for areas as diverse as information technology, health and well-being, management and organization, and education, where students' and teachers' self-efficacy beliefs have become a staple of educational research and theory. Self-efficacy beliefs are also receiving much scrutiny in the fields of sports and fitness, moral development, politics, and sociology.

So pervasive has been the influence of self-efficacy researching and theorizing that Graham and Weiner observed that, of all self-constructs, it was clear to them that "what cannot be disputed is Bandura's argument that self-efficacy has been a much more consistent predictor of behavior and behavior change than have any of the other closely related expectancy variables". They went on to add that efficacy beliefs have been shown related to performance outcomes at a level of specificity not found in any of the other motivation conceptions that include an expectancy construct. These days, searching for "self-efficacy" in any academic database will return thousands of entries representing varied fields. This is no small accomplishment for a psychological construct that has barely a three-decade old history.

In this volume, the editors gather together some of the most preeminent Spanish and European scholars who have written extensively about self-efficacy beliefs in myriad settings. This is a noteworthy achievement for a number of reasons, not the least of which is that it amply demonstrates that self-efficacy research continues to expand our understandings of human functioning in diverse settings and cultures. As the world shrinks, attempting to understand how cultural variations influence self-efficacy beliefs seems more critical than ever. A culturally attentive view of social cognitive processes can help us clarify how self-efficacy beliefs are created and develop as a result of differing cultural practices, as well as how these practices influence individuals' well-being and enrich their lives. This volume places Spain at the very forefront and center of these efforts, a position it richly deserves.

**FRANK PAJARES**

Emory University

# ***LAUDATIO AL PROFESOR ALBERT BANDURA***

---

**MARISA SALANOVA**  
Grupo de Investigación WONT  
Universitat Jaume I

**M**agnífico y Excmo. Sr. Rector, excelentísimas e ilustrísimas autoridades, miembros del claustro universitario, señoras y señores:

El profesor Albert Bandura es un pionero en la Ciencia Psicológica, cuyas contribuciones teóricas e investigación científica han influido en muchas áreas como son el aprendizaje social-cognitivo, la agresión, el desarrollo moral, el desarrollo de la personalidad y la autoeficacia. Para empezar debemos decir que atendiendo a criterios de productividad científica, el profesor Albert Bandura figura entre los 5 primeros psicólogos con mayor impacto científico de todos los tiempos.

Se licenció en Psicología en 1949 en la Universidad de British, Columbia, y se doctoró en Psicología en 1952 en la Universidad de Iowa. Desde 1953 es catedrático de Psicología en la Universidad de Stanford (California) y en 1974 fue nombrado en esta Universidad Catedrático «David Starr Jordan» de Ciencias Sociales. Posición que ocupa hasta la actualidad.

Desde 1968 ha ocupado 15 cargos en sociedades científicas, como presidente del APA (American Psychological Association), y cargos de presidente de comités del APA y de otras muchas asociaciones científicas de carácter internacional.

Ha conseguido relevantes ayudas de investigación como son la ayuda especial del National Institute of Mental Health; la ayuda Guggenheim y la ayuda de la Sociedad Japonesa para la promoción de la ciencia. Además ha recibido 9 premios científicos, entre los que cabría destacar:

- Premio *Thorndike* por su contribución distinguida desde la Psicología a la Educación.
- Premio de Contribución Distinguida por la International Society for Research on Aggression.
- Premio al Científico Distinguido por la Society of Behavioral Medicine.

- Premio William James por la American Psychological Society.
- Premio Logros a lo largo de la vida, por la Association for the Advancement of Behavior Therapy.

Ha sido nombrado Doctor Honoris Causa en 13 universidades y centros científicos a la largo de todo el mundo. Además es miembro en la actualidad de 18 comités editoriales de revistas científicas y series de volúmenes de impacto en las ciencias sociales y del comportamiento. Y sus libros han sido traducidos a 10 idiomas.

Respecto a las áreas básicas de investigación científica, desde una perspectiva cronológica:

1) Sus primeros trabajos de investigación empiezan en 1953 cuando ocupaba el puesto de instructor en Psicología en la Universidad de Stanford. Bajo la dirección de Robert Sears, empezó a realizar estudios sobre el «aprendizaje social» y la «agresión» en colaboración con uno de sus estudiantes Richard Walters («El rol del modelado en la conducta humana», fue el título del proyecto de investigación). Entonces trabajaba en el laboratorio donde estudió los mecanismos y determinantes del «aprendizaje por observación». Durante esta época, llevó a cabo su famoso experimento «Bobo Doll» en 1963. Empezó su investigación sobre la agresión en los niños, y en este famoso experimento demostró la influencia de un modelo agresivo adulto sobre la conducta agresiva de los niños. Los niños aprenden la conducta agresiva a través de la imitación de patrones de conducta agresivos que luego ponen en funcionamiento ante situaciones de frustración. En este punto, muchos estudios revelan que muchos padres que han abusado de sus hijos, habían sido víctimas de abuso por parte de sus padres también cuando eran niños. Como resultado, ellos imitan la conducta abusiva con sus propios hijos.

2) Desde 1965 a 1970, Bandura se embarcó en otro relevante y conocido programa de investigación examinando el rol del pensamiento autoreferencial en el funcionamiento psicológico. A finales de los 70 y principios de los 80, dedicó su tiempo al estudio del pensamiento autoreferencial como mediador de la acción y el *arousal* afectivo. Extendió así su trabajo al modelado de la conducta y su inhibición a través de la experiencia vicaria.

3) A mediados de los 80 se desarrolla ampliamente su tan conocida teoría cognitiva social del funcionamiento humano, basada en su etapa anterior y sus descubrimientos sobre el pensamiento autoreferencial. Esta teoría supuso un gran avance en el conocimiento científico en básicamente todos los ámbitos del comportamiento humano. La cuestión básica de esta relevante contribución es que los procesos cognitivos son importantes mediadores entre el ambiente y la conducta de las personas.

La teoría cognitiva social de Bandura se ha aplicado a la explicación de conductas y procesos psicológicos específicos como son la agresión, la depresión,

la personalidad y la auto-eficacia. En concreto esta última ha tenido un gran impacto en el mundo académico y profesional.

Una de las primeras formulaciones de la teoría de la autoeficacia, aparece en su libro *Social Learning Theory* (1977). Entonces ya formula que cualquier tipo de intervención psicosocial no tendrá éxito hasta que la persona llegue a la conclusión de «dominar» o «controlar» la situación. La autoeficacia es un estado psicológico en el que la persona se juzga a sí misma «capaz» de ejecutar una conducta eficazmente en unas determinadas circunstancias y a un determinado nivel de dificultad. Desde entonces se han realizado una multitud de investigaciones científicas, así como aplicaciones concretas de la autoeficacia en diversos ámbitos del comportamiento humano, como por ejemplo:

1. Aplicación a la salud: se ha aplicado al aumento de las conductas saludables: situaciones de tratamiento de fobias, ansiedad y depresión, prevención del SIDA, tratamiento del tabaquismo, la prevención de enfermedades contagiosas, embarazos no deseados, dietas de salud, prevención y eliminación de la drogodependencia, a la mejora física y las dietas alimentarias especialmente en ancianos.
2. Aplicación a la educación: al tratamiento de niños con problemas de desempeño escolar, en el tema de la elección de carrera, y la autoeficacia en profesores de diferentes niveles educativos.
3. Aplicaciones al mundo del trabajo y las organizaciones: autoeficacia profesional, la motivación por metas, toma de decisiones gerenciales, la eficacia colectiva en grupos de trabajo, la auteficacia hacia las nuevas tecnologías, etc.
4. Aplicaciones al deporte y la actividad física: siendo un ámbito de actuación en donde se han abierto nuevas estrategias a los psicólogos/as en base a las hipótesis sobre autoeficacia colectiva o grupal.

El impacto de estas teorías ha sido tal, que Locke (un reconocido científico en Psicología) señala que se ha hablado mucho de teorías y paradigmas en Psicología, pero si alguna cumple todos los requisitos exigidos por los más estrictos, esta es la teoría cognitiva social de Albert Bandura.

En suma, aunque es bastante difícil resumir en 10 minutos la contribución científica del profesor Bandura, a modo de resumen podría señalar que ha combinado inteligente y elegantemente la investigación y la teoría para formular implicaciones prácticas en muchos de los problemas más relevantes de las sociedades actuales: la agresividad, el impacto de la TV y los medios de comunicación de masas en el desarrollo de los niños, aprendizaje, problemas de adaptación al trabajo, a la escuela, a la familia, a la sociedad, la psicoterapia, y un largo etcétera. Su temprano énfasis en el aprendizaje social y su más reciente trabajo sobre la teoría de la autoeficacia, está basado de forma empírica, es teóricamente atractivo y sus aplicaciones están demostrando una elevada «eficacia».

Albert Bandura será siempre recordado por todos los académicos, investigadores, profesionales y estudiantes de las ciencias del comportamiento por su trabajo pionero en la escuela de pensamiento dominante en Psicología, y sus contribuciones a la comprensión de la conducta y el desarrollo humano en una variedad de contextos y situaciones sociales.

Por todo lo expuesto, solicito que se proceda a investir al Excmo. Sr. Albert Bandura con el grado de Doctor Honoris Causa por esta universidad. Muchas gracias.<sup>1</sup>

---

1. El presente texto es el original del *Laudatio* realizado por Marisa Salanova al profesor Albert Bandura con motivo de su investidura como Doctor Honoris Causa en la Universitat Jaume I (12 de junio de 2002).

# **THE GROWING PRIMACY OF PERCEIVED EFFICACY IN HUMAN SELF-DEVELOPMENT, ADAPTATION AND CHANGE<sup>2</sup>**

---

- 1. Introduction**
  - 2. Health Promotion and Disease Prevention**
  - 3. Educational Development and Self-Renewal**
  - 4. Self-Efficacy in Organizational Functioning**
  - 5. Modes of Human Agency**
  - 6. Intracultural Diversity & Territorial Culturalism**
- 

**ALBERT BANDURA**, Stanford University

---

2. El presente texto es el original del texto del profesor Albert Bandura con motivo de su investidura como Doctor Honoris Causa en la Universitat Jaume I (12 de junio de 2002).

## 1. INTRODUCTION

People's search for predictability and some measure of control over events that affect their lives is of growing social import. The extraordinary advances in information technologies and global human interconnectedness are changing our world in fundamental ways. Life in the rapidly evolving cyberworld transcends time, distance, place, and national borders and alters our conceptions of them. Instant communicative access worldwide is also transforming the nature, reach, speed, and locus of human influence. It alters how people communicate, educate, work, relate to each other, and conduct their business and daily affairs.

Wrenching changes that dislocate and restructure lives are not new in history. What is new is the boundless scope and accelerated pace of human transactions and the growing globalization of human interconnectedness. These rapidly evolving realities present new adaptational challenges and expanded opportunities for people to influence the course of their personal development and to shape their national life.

Transformational social changes give primacy to personal and collective agency in this electronic era. Among the mechanisms of agency none is more central or pervasive than beliefs of personal efficacy. This belief system is the foundation of human agency. Unless people believe they can produce desired outcomes and forestall undesired ones by their actions, they have little incentive to act or to persevere in the face of difficulties. Whatever other factors serve as guides and motivators, they are rooted in the core belief that one has the power to produce changes by one's actions.

This chapter addresses the application of self-efficacy theory to diverse domains of human functioning. It does so from the agentic perspective of social cognitive theory (Bandura, 2001a). To be an agent is to influence intentionally one's own functioning and the course of events that affect one's life. In this view,



people are self-organizing, proactive, self-regulating, and self-reflecting. They are producers of their life circumstances, not just products of them. By developing enabling capabilities and resilient self-beliefs they contribute to the courses their lives take.

There are four core features of human agency. One feature involves *intentionality*. People form intentions that include action plans and strategies for realizing them. A second feature is *forethought*. The temporal extension of agency involves more than future-directed plans. People set themselves goals and anticipate likely outcomes of prospective actions to guide and motivate their efforts. The third feature is *self-reactiveness*. Agents are not only planners and forethinkers. They are self-regulators as well. They adopt personal standards and monitor and regulate their actions by self-reactive influence. They do things that give them satisfaction and a sense of self-worth and avoid actions that bring self-censure. The fourth feature is *self-reflectiveness*. People are not only agents of actions. They are self-examiners of their own functioning. They reflect on their efficacy, the soundness of their thoughts and actions, the meaning of their pursuits, and make corrective adjustments, if necessary.

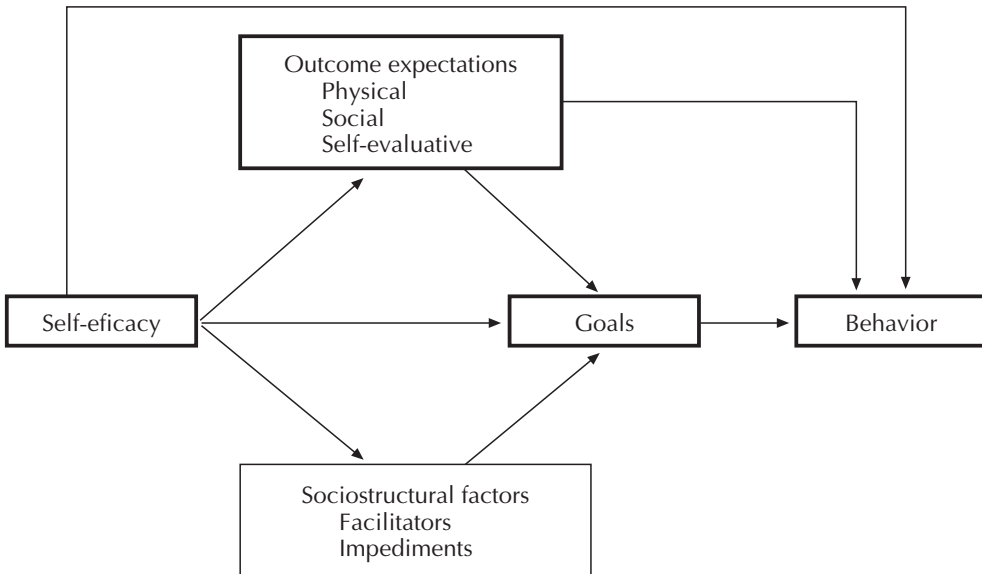
Human well-being and attainments require an optimistic and resilient efficacy. This is because the usual daily realities are strewn with difficulties. They are full of frustrations, conflicts, impediments, adversities, failures, setbacks, and inequities. To succeed, one cannot afford to be a realist. Realists forego the endeavor, are easily discouraged by failures should they try, or they become cynics about the prospect of effecting changes. The functional belief system in difficult undertakings combines realism about tough odds, but optimism that one can beat those odds through self-development and perseverant effort.

In his book titled, *Rejection*, John White (1982) reports that the prominent characteristic of people who achieve success in challenging pursuits is an unshakable sense of efficacy and a firm belief in the worth of what they are doing. Resilient efficacy provides the needed staying power. The people who are successful, innovative, nonanxious, nondespondent, and tenacious social reformers take an optimistic view of their efficacy to influence events that affect their lives. George Bernard Shaw put it well when he said: "Reasonable people adapt to the world. Unreasonable ones try to change it. Human progress depends on the unreasonable ones". We study extensively the risks of overconfidence, but ignore the pervasive self-limiting costs of underconfidence. This risk-averse bias reflects the cautious orientation of our theorizing.

Efficacy beliefs regulate human functioning through four major processes: cognitive, motivational, emotional, and choice processes (Bandura, 1997). They affect whether individuals think pessimistically or optimistically, in self-enhancing or self-debilitating ways. How well they motivate themselves and persevere in the face of difficulties. The quality of their emotional well-being and their vul-

nerability to stress and depression. And the life choices we make which set the course of life paths.

Perceived efficacy plays a key role in causal structures because it affects performance not only directly, but through its impact on other classes of determinants (figure 1). Efficacy beliefs affect self-motivation through their impact on goals and aspirations. It is partly on the basis of efficacy beliefs that people choose which challenges to undertake, how much effort to invest in the pursuits, how long to persevere in the face of difficulties, and whether failures are motivating or demoralizing.



**Figure 1.** Paths of influence through which perceived self-efficacy and other key

Efficacy beliefs also shape people's outcome expectations. People of high efficacy expect their efforts to produce favorable outcomes. Those who doubt their capabilities do not expect their efforts to produce much. Efficacy beliefs also affect how people view their life circumstances. Those of high efficacy focus on the opportunities their life conditions present. Even in environments containing limited opportunities and many constraints they believe that, through ingenuity and perseverance, the odds can be surmounted. Those beset with self-doubts dwell on impediments and easily convince themselves of the futility of their efforts. They achieve limited success even in environments that provide many opportunities.

The functional role of efficacy beliefs in human self-development, adaptation, and change has been investigated extensively with diverse methodologies and analytic procedures across wide ranging domains of functioning. The evidence from nine large meta-analyses shows that efficacy beliefs contribute to level of motivation and performance accomplishments (Bandura, 2002). The sections that follow review applications of self-efficacy theory to major spheres of functioning.

## **2. HEALTH PROMOTION AND DISEASE PREVENTION**

Basic knowledge of self-regulatory mechanisms, rooted in self-efficacy belief, is altering conceptions and practices of health promotion and disease prevention. The field of health is moving from a biomedical disease model to a biopsychosocial health model. It is just as meaningful to speak of levels of vitality and healthfulness as of degrees of impairment and debility. The development of health promotion programs should start with goals not means (Nordin, 1999). If health is the goal, biomedical interventions are not the only means to it. A broadened perspective expands the range of health promoting practices and types of practitioners.

There are two levels at which perceived personal efficacy affects health. At the more basic level, people's beliefs in their ability to cope with the stressors in their lives affect biological systems that mediate health and disease. It is not stressful life conditions per se, but the perceived helplessness to manage them that produces detrimental biological effects and impairs immune function. These changes increase susceptibility to infection, contribute to the development of physical disorders and accelerate the progression of disease.

The other major way in which efficacy beliefs enable people to exert influence over their vitality and quality of health is by their direct impact on habits that promote health and those that impair it. Perceived self-efficacy affects every phase of personal change—whether people even consider changing their health habits; whether they enlist the motivation and perseverance needed to succeed should they choose to do so; and how well they maintain the habit changes they have achieved.

The quality of health is heavily influenced by lifestyle habits. This enables people to exercise some control over their health. By managing their health habits, people can live longer, healthier, and retard the process of aging. To stay healthy, people should exercise, reduce dietary fat, refrain from smoking, keep blood pressure down, and develop effective ways of managing stressors. If the huge health benefits of these few habits were put into a pill, it would be declared a scientific milestone in the field of medicine. If one is searching for the elixir of health, health habits are a good place to look.

We are witnessing two divergent trends in the field of health. On the one hand, we are heavily medicalizing problems of living and treating the ravages of unhealthful habits with drugs and other palliative means. On the other hand, people are taking control over their own health by adopting habits that promote health and eliminating those that impair it.

Nations face soaring health costs. There are two ways of managing this growing challenge. Current health practices focus heavily on the medical *supply side*. Health care systems structure and regulate health services to contain health costs. They are being forced to impose increasing delays in health care service and rationing of costly medical interventions. The days for this health system are limited. People are living longer. For example, in the United States the percent who live beyond age 65 rose from 19% in 1900 to 72% in 1998. Psychosocial factors largely determine whether this extended life is lived efficaciously or with debility, pain and dependence.

Social cognitive approaches focus on the *demand side*. They promote effective self-management of health habits that keep people healthy so they do not require costly medical services. Health economists show that, beyond basic medical care, it is increases in behavioral self-management that helps to keep people healthy (Fuchs, 1974).

The weight of disease is shifting from acute to chronic maladies. Aging populations will force nations to redirect their effects from supply-side remedies to demand-side remedies. Otherwise, nations will be swamped with staggering health costs that consume valuable resources needed for national programs. The goal is to forestall the development of chronic disease and debility by behavioral health promotion (Fries & Crapo, 1981). This compresses the health problems of old age to a brief period at the very end of life.

Social cognitive theory provides new models of health promotion. This is illustrated in the self-management model for health promotion and disease risk reduction founded on self-regulatory mechanisms (DeBusk *et al.*, 1994). This self-management model combines self-regulatory principles with computer-assisted implementation. It includes exercise programs to build cardiovascular capacity, nutrition programs to reduce dietary fat to lower risk of heart disease and cancer, weight reduction programs, and smoking cessation programs. For each risk factor, people are provided detailed guides on how to improve their health functioning. They monitor their health habits, set themselves short-term goals, and report the changes they are making. The computer mails personalized reports that include feedback of progress toward subgoals. The feedback also provides guides on how to manage troublesome situations and new subgoals to realize. Efficacy ratings identify areas in which self-regulatory skills must be developed, if beneficial changes are to be achieved and maintained. A single implementer, assisted with a computerized implementation system, provides

intensive, individualized guidance in self-management to large numbers of people.

Computer-assisted implementation enables a single implementator to build personal efficacy and self-management skills in an individualized way in large numbers of people simultaneously. In tests of the preventive value of this system, employees in the workplace lowered elevated cholesterol by altering eating habits high in saturated fats (Bandura, in press). A single nutritionist implemented the entire program at minimal cost for large numbers of employees.

Nonadherence to drug therapies is a pervasive serious problem. It worsens health conditions and raises medical costs. It may lead physicians to prescribe stronger medications or more drastic interventions in response to the seeming failure of the prescribed treatment. A major public health nightmare is that excessive use of drugs and erratic compliance will breed tougher strains of pathogens that render existing medications ineffective. We are currently testing the success of the self-management system to promote adherence to medication.

Haskell and his colleagues used the self-management system to promote lifestyle changes in patients suffering from coronary artery disease, which places them at high risk of heart attacks (Haskell *et al.*, 1994). At the end of four years, those receiving medical care by their physicians showed no change or they got worse. Those aided in self-management of health habits by nurse implementers achieved big reductions in risk factors. They lowered their intake of saturated fat, lost weight, lowered their bad cholesterol and raised their good cholesterol, exercised more, and increased their cardiovascular capacity. The program also altered the physical progression of the disease. Those receiving the self-management program had 47% less build-up of plaque on artery walls. They also had fewer coronary events, fewer hospitalizations for coronary heart problems and fewer deaths.

This self-management model combines the high individualization of the clinical approach with the large-scale applicability of the public health approach. It provides valuable health-promotion services at low cost. By linking the interactive aspects of the self-management model to the Internet, one can vastly expand its availability to people wherever they may live, at whatever time they may choose to use it.

Efforts to get people to adopt healthful practices rely heavily on health communications in public health campaigns. Meyerowitz and Chaiken (1987) found that health communications foster adoption of healthful practices to the extent that they raise beliefs in personal efficacy. We need to change emphasis in health communications from trying to scare people into health to empowering them with the self-management skills and self-beliefs needed to control their health habits. Maibach, Flora, and Nash (1998) found that people's preexisting beliefs

that they can exercise control over their health habits and efficacy beliefs instilled by a community health campaign both contributed to adoptions of healthy eating habits and regular exercise.

In longitudinal analyses of community-based health campaigns, Rimal (2000, 2001) found that perceived self-efficacy governs whether individuals translate perceived risk into search for health information, and whether they translate acquired health knowledge into healthful behavioral practices. Those of low self-efficacy take no action even though they are knowledgeable about lifestyle contributors to health and perceive themselves to be vulnerable to disease.

The absence of personal guidance limits the power of one-way mass communication. The extraordinary advances in interactive technology can increase the scope and impact of health promotion programs. On the input side, health communications can now be personally tailored to factors that affect health behavior. These factors may include efficacy beliefs, goals, outcome expectations, and perceived environmental and facilitators impediments. Tailored communications are more effective in influencing health behavior than general health messages. On the output side, individualized interactivity permits behavioral guidance that strengthens health promotion programs. Social support and guidance during early periods of personal change increase long-term success.

There is another way in which the power of population-based approaches to health promotion can be strengthened. There is only so much that large-scale health campaigns can do on their own. There are two pathways through which health communication can alter health habits (Bandura, 2001b). In the direct pathway, media communications promote changes by informing, modeling, motivating, and guiding personal changes. In the socially-mediated pathway, media influences are used to connect people to informal social networks and community settings. These places provide continued personalized guidance and incentives and social supports for desired changes. The major share of behavioral changes is promoted within these social milieus.

Psychosocial programs for health promotion will be increasingly implemented by linking people to Internet-based systems. These interactive systems provide personalized guidance on how to adopt habits conducive to health and to eliminate detrimental ones. People at risk for health problems usually ignore preventive or remedial health services. For example, school-based health promotion programs generally produce weak results. They try to do too much with too little in too short a time. But individuals will use interactive Internet-delivered guidance because it is readily accessible, convenient, and provides a feeling of anonymity. Adolescents and young women at risk of eating disorders resist seeking help. In a web-based model developed by Taylor, Winzelberg, and Celio (2001) schools informed adolescents about eating problems and the

self-management program on the Internet. The students who took advantage of it reduced dissatisfaction with their weight and body shape, altered dysfunctional attitudes, and eliminated disordered eating behavior.

### **3. EDUCATIONAL DEVELOPMENT AND SELF-RENEWAL**

Increasing complexities in technologies, social systems, and the international economy now place heavy demands on development of higher-order cognitive competencies. As a result, educational deficiencies have increasingly serious personal and societal consequences. In the past, youth with little schooling could get industrial and manufacturing jobs requiring minimal cognitive skills. Such options are rapidly shrinking. In the modern workplace, automation of production and electronic information management systems now perform most of the routine work that was formerly done manually. The emerging opportunity structures require cognitive competencies to fulfill complex occupational roles and to manage the demands of contemporary life.

The hope and future of people in a knowledge-based global society that is rapidly changing reside in their capacities for continual self-development and self-renewal. Educational systems must change their emphasis from mainly imparting knowledge to teaching students how to educate themselves throughout their lifetime. They have to be adaptable and proficient self-directed learners. Education for self-directedness is now vital for a productive and innovative society.

There are three main pathways through which efficacy beliefs play a key role in cognitive development and accomplishments. They include students' beliefs in their efficacy to regulate their learning activities and to master academic subjects; teachers' beliefs in their personal efficacy to motivate and promote learning in their students; the faculties' collective efficacy that their schools can accomplish significant academic progress.

Considerable progress has been achieved in clarifying the role of efficacy beliefs in children's growth of cognitive competencies. Efficacy beliefs contribute independently to intellectual performance rather than simply reflecting cognitive skills. For example, Collins (1982) has shown that at each level of math ability children with higher efficacy outperform their counterparts of lower perceived efficacy. Among children matched on ability, those whose belief in their efficacy is raised experimentally are more aspiring, more persistent in their efforts, manage their time better, show greater strategic flexibility, and are less likely to discard good solutions prematurely (Bouffard-Bouchard, 1990).

A major goal of education is to equip students with the intellectual tools, self-beliefs, and self-regulatory capabilities to educate themselves throughout their



lifetime. The accelerated pace of social, informational, and technological change is placing a premium on capability for self-directed learning and self-renewal. Metacognitive theorists have addressed the pragmatics of self-regulation in terms of selecting appropriate strategies, testing one's comprehension and state of knowledge, and correcting one's deficiencies. Metacognitive training aids academic learning. But students often do not transfer the metacognitive skills to other pursuits or use them regularly.

In social cognitive theory, people must develop skills in regulating the motivational, affective, and social determinants of their intellectual functioning as well as the cognitive aspects. Self-management is exercised through interlinked processes including self-monitoring, efficacy appraisal, goal setting, outcome expectations, and affective self-incentives. Zimmerman (1990) has been the leading proponent of this expanded model of academic self-regulation. He has shown that efficacious self-regulators gain knowledge, skills, and intrinsic interest in intellectual matters. Weak self-regulators do not achieve much progress in self-development.

Self-regulatory skills will not contribute much, if students cannot get themselves to apply them persistently in the face of difficulties, stressors and competing attractions. Children's belief that they can regulate their own learning raises their efficacy for academic activities (Zimmerman, Bandura, & Martínez-Pons, 1992). Their academic efficacy increases their achievement both directly and by raising their academic aspirations. Children base their academic aspirations on their efficacy beliefs, as well as the standards the parents set for them.

Information technologies are globalizing knowledge and altering educational systems. Students can now exercise personal control over their own learning. In the past, their educational development was dependent on the quality of their schools. Students now have the best libraries, museums, and multimedia instruction at their fingertips through the global Internet for educating themselves independently of time and place. This change requires a major reorientation in students' conception of education. They are agents of their own learning, not just recipients of information.

Much of the world's information is available only in electronic form. Before long most information will be available only in this form. We are entering a new era in which construction of knowledge will rely increasingly on electronic inquiry. Knowing how to access, process, and evaluate this avalanche of information is vital for knowledge construction and cognitive functioning. This is a complex activity. People who doubt their efficacy to conduct productive searches and to manage the computer technology can quickly become overwhelmed. Students who are taught how to construct knowledge via the Internet gain high efficacy, satisfaction and interest in knowledge construction. They spend less time in errors and redundancies, use good strategies, learn more, and are more



successful in gaining sound knowledge than those using a computer tutorial (Debouski, Wood, & Bandura, 2001). Interactive computer tutorials are now becoming a prevalent form of instruction. Putting a human face on electronic instruction boosts its power.

Information technologies are a tool not a panacea for intellectual development. They are only useful to those who choose to use them productively. Students must develop the self-regulatory skills to motivate themselves to take advantage of what these systems have to offer. Research by Joo, Bong and Choi (2000) on Internet self-efficacy underscores the importance of children's beliefs in their efficacy to regulate their learning activities in their intellectual development. High efficacy for self-regulated learning raised students' beliefs in their efficacy both to master academic subjects and to use the Internet for Web-based instruction. The higher the Internet self-efficacy, the more successful they were in gaining necessary information from websites.

Electronic media do more than just increase access to vast bodies of information. They also serve as a convenient vehicle for creating instructive social networks for achieving shared knowledge through collaborative learning. Through interactive electronic networking, people link together in dispersed locales, exchange information, share new ideas, and work collaboratively on projects (Staples, Hulland, & Higgins, 1998). People can now link together in widely dispersed locales, expand their membership, extend the interconnections geographically, even worldwide, and disband them when they have outlived their usefulness.

The task of creating productive learning environments rests heavily on the talents, and efficacy of teachers. Teachers' beliefs in their instructional efficacy partly determine how they conduct their academic activities. This affects students' efficacy and academic development (Bandura, 1997). Teachers' efficacy beliefs affect their orientation toward the educational process as well as their instructional practices (Woolfolk, Rosoff, & Hoy, 1990). Those who believe strongly in their efficacy support development of academic self-directedness and intrinsic interest. They view difficult students as reachable and teachable, and regard their learning problems as surmountable by ingenuity and extra effort. Teachers of low efficacy take a custodial view of their job. They are pessimistic about their students' educability, resort to restrictive and punitive modes of discipline, and use low student ability as an explanation for why they cannot be taught. Ashton and Webb (1986) document the cumulative impact of teachers' perceived efficacy. Students learn much more from teachers imbued with a sense of efficacy than from those beset with self-doubts.

Teachers operate collectively rather than in isolation. The belief systems of academic staffs create school cultures that can be enabling or demoralizing. Much research has been conducted on the characteristics of high-achieving

schools (Bandura, 1997). The findings are quite consistent in what makes schools academically effective. In efficacious schools, principals are academic leaders rather than mainly administrators and disciplinarians. Academic leadership builds teachers' beliefs in their instructional efficacy. High expectations and standards for achievement pervade the environment of efficacious schools. However, high standards without enabling instruction are demoralizing. In efficacious schools, challenging standards are backed up with enabling instruction, close monitoring of academic progress, and timely reinstruction, if necessary, that helps students succeed.

The family plays a key role in children's success in school. Active involvement of parents as partners in their children's education is another distinguishing feature of efficacious schools. Teachers' efficacy partly determines how much parents' participate in children's scholastic activities (Hoover-Dempsey, Bassler, & Brissie, 1987, 1992). These findings underscore the interplay of social, familial, and educational contributions to the development of efficacious educational systems.

People seek quick fixes through cosmetic changes that leave existing educational practices intact. Building schools with a strong collective efficacy requires a socio-structural approach, rather than tinkering with curricula and instructional methods.

#### **4. SELF-EFFICACY IN ORGANIZATIONAL FUNCTIONING**

People spend a major part of their lives in occupational activities. A vocation does more than simply supply income for one's livelihood. The work people do determines their personal identity and whether a substantial part of our lives is repetitively boring, distressing, or challenging and self-fulfilling. Perceived efficacy plays a key role in what people choose as their life's work, how well they prepare themselves for their chosen pursuits, and the success they achieve in their everyday work (Hackett, 1995; Lent, Brown, & Hackett, 1994). People eliminate from consideration entire classes of occupations on the basis of perceived efficacy, whatever benefits they may hold.

New employees receive training to prepare them for the roles they will be performing. The efficacy that newcomers bring and develop during their occupational training contributes to the success of this socialization process (Jones, 1986). Those of low efficacy prefer prescriptive training that tells them how to perform as traditionally structured. Those of high efficacy prefer training that enables them to restructure their roles innovatively by adding new elements and functions to the customary duties. Organizations that provide their new employees with guided mastery experiences, effective co-workers as models, and ena-

bling performance feedback enhance employees' efficacy, emotional well-being, satisfaction, and level of productivity.

Self-directedness is becoming a key factor in occupational life. In the past, employees learned a given trade and performed it much the same way during their lifetime in the same organization. The modern workplace requires a highly skilled and flexible workforce to meet rapidly changing job demands. With the fast pace of change, knowledge and technical skills are quickly outmoded, unless they are updated to fit the new technologies. Employees have to take charge of their self-development for different positions and careers over the course of their worklife. Speier and Frese (1997) studied how East German employees managed the transition from State run to private run factories as a function of level of perceived efficacy. Compared to those of low efficacy, employees of higher efficacy were more active in upgrading their knowledge and occupational skills on their own, and taking initiative to change the workplace to make it more productive.

Worklife is increasingly structured on a team-based model in which operational and management functions are assigned to the workers themselves. A self-management work structure changes the model of supervisory managership from hierarchical control to facilitative guidance that provides the resources and support that teams need to do their work effectively. Enabling organizational structures build managers' efficacy to operate as facilitators of productive team work. The higher the collective efficacy of self-managing teams the more satisfied they are with their work and the greater their productivity (Little & Madigan, 1994).

Occupational stress is a pervasive problem that has both personal and organizational sources. Heavy workloads, computerized work places with automated forms of surveillance, limited opportunities for personal development to prevent technical obsolescence, poor prospects for occupational advancement, and an unsatisfying imbalance between one's work like and one's personal life takes an emotional toll. Perceived efficacy to fulfill occupational demands affects level of stress and physical health of employees. Those of low efficacy are stressed by perceived overload in which tasks demands exceed their perceived coping capabilities, whereas those of high efficacy are stressed by perceived underload in which they feel frustrated by organizational constraints in developing and using their potentialities (Matsui & Onglatco, 1992).

According to the *demands-control model* of occupational stress, the opportunity to exercise control over work activities reduces the stressfulness of workloads. However, being given control over work demands alone is insufficient to diminish the level of occupational stress. Perceived self-efficacy moderates this relation. Bestowed control with high perceived self-efficacy to manage the worklife diminishes stress. But being given control over the demands of the worklife with low perceived efficacy to manage them is stressful and demoralizing (Grau,

Salanova, & Peiró, 2001; Jex & Bliese, 1999; Schaubroeck & Merritt, 1997). Perceived self-efficacy must, therefore, be added to the demands-control model of occupational stress to improve its predictability. Efforts to reduce occupational stressfulness by increasing job control without raising efficacy to manage the increased responsibilities will do more harm than good.

Exposure to chronic occupational stressors and with a low sense of efficacy to fulfill job demands increases vulnerability to burnout (Leiter, 1992; Salanova, Grau, Cifre, & Llorens, 2000; Salanova, Peiró, & Schaufeli, 2002). This syndrome is characterized by physical and emotional exhaustion, depersonalization of clients, lack of any sense of personal accomplishment, and occupational disengagement through cynicism about one's work.

There are three ways in which a sense of inefficacy can contribute to burnout. One route is through low perceived self-efficacy to manage job demands (Brouwers & Tomic, 1999). A low sense of collective efficacy of the social system operating as a whole is similarly conducive to burnout (Schwarzer & Schmitz, 1999). Social support reduces stress, depression, and promotes health. A second route to burnout is through a low perceived efficacy to enlist social support, especially in times of difficulty (Brouwers, Evers, & Tomic, 2001). Social support, of course, is not a self-forming entity waiting around to buffer harried people against stressors. Rather, they have to create supportive relationships for themselves and be able to maintain them. Individuals of high perceived social efficacy create more supportive environments for themselves than those who distrust their social capabilities. Social support produces beneficial effects only to the extent it raises perceived coping efficacy (Bandura, 2002). People live in a psychic environment largely of their own making. All too often they bring work-related problems home either in the form of homework or perturbing ruminations about negative work experiences. Perceived inefficacy to exercise control over thought-produced distress is still another route to burnout.

Efficacious adaptability has become a premium at the organizational level. Organizations must be continuously innovative to survive and prosper in the rapidly changing global marketplace. They face the paradox of preparing for change at the height of success. Many fall victim to the inertia of success. They get locked into the technologies and products that produced their successes, and fail to change fast enough to the technologies and marketplaces of the future.

The development of new business ventures and the renewal of established ones depends heavily on innovativeness and entrepreneurship. Such pursuits are strewn with obstacles and uncertainties. Turning visions into realities is an arduous process with uncertain outcomes. Entrepreneurship, therefore, requires a robust efficacy to sustain one through the stresses and discouragements inherent in innovative pursuits. Individuals of high efficacy focus on opportunities worth pursuing; those of low efficacy dwell on risks to be avoided. Venturers of

high efficacy judge themselves better able at beating the odds than venturers of lower efficacy. Among patent inventors, those of high efficacy are the ones who go on to become entrepreneurs. (Chen, Greene, & Crick, 1998; Markman & Baron, 1999). Venturers who achieve high growth in companies they have founded or bought and transformed have a vision of what they wish to achieve, a firm belief in their efficacy to realize it, set challenging organizational growth goals, and come up with innovative production and marketing strategies (Baum, 1994).

There has been a phenomenal growth of digital technologies. Silicon Valley is a prime example. It is not a place. It is a flourishing entrepreneurial subculture distributed around the San Francisco area. In this milieu there is extensive cross-pollination of ideas through an open regional network. Individuals with diverse expertise exchange ideas freely. They celebrate risk taking, and accept failure as a natural part of innovative success. Close ties to universities that generate creative ideas, and ready venture capital create the climate for innovation and reinforce the entrepreneurial spirit (Lee, Miller, Hancock, & Rowen, 2000).

## 5. MODES OF HUMAN AGENCY

Social cognitive theory distinguishes among three modes of agency-individual, proxy, and collective. In personal agency exercised individually, people bring their influence to bear on their own functioning and on environmental events. In many human affairs people do not have direct control over conditions that affect their lives. They exercise socially-mediated agency by influencing others who have the resources, knowledge and means to act on their behalf to secure the outcomes they desire. People do not live in isolation. They have to work together to manage and improve their lives. They do so by acting on their shared belief in their collective efficacy. They pool their knowledge, skills, and resources, and act in concert to shape their future. Successful functioning requires an agentic blend of individual, proxy, and collective efficacy.

A contentious dualism pervades cross-cultural psychology, pitting individualism against collectivism and communality, autonomy against interdependence, and personal agency against social structure. The relative contribution of individual, proxy, and collective modes to the agentic blend may vary cross-culturally. But all forms of agency are needed to make it through the day, regardless where one lives.

Some authors inappropriately equate self-efficacy with individualism and pit it against collectivism. Self-efficacy does not come with a built-in individualistic value system. If self-efficacy is put to social purposes, it fosters a communal life rather than erodes it. Indeed, efficacious people who are prosocially oriented

often subordinate self-interest to the benefits of others. Personal efficacy is valued not because of reverence for individualism, but because personal efficacy is vital for success regardless of whether it is achieved individually or by people working together.

Perceived collective efficacy is not simply the sum of the efficacy beliefs of individual members. Rather, it is an emergent group-level property that embodies the coordinative and interactive dynamics of group functioning. A group operates through the behavior of its members. Perceived collective efficacy resides in the minds of group members. It is people acting in concert on a shared belief not a disembodied group mind that is doing the cognizing, aspiring, motivating, and regulating. There is no emergent entity that operates independently of the beliefs and actions of the individuals who make up a social system.

Collective efficacy is rooted in the efficacy beliefs of its members. A group whose members are consumed by self-doubts would achieve little. Fernández-Ballesteros and her colleagues examined the relation between personal and group efficacy and their socioeconomic determinants in a national sample in Spain (Fernández-Ballesteros, Díez-Nicolás, Caprara, Barbaranelli, & Bandura, 2002). Socioeconomic status raises personal efficacy to manage the demands of one's everyday life and to help bring about social changes by one's actions. Both forms of individual efficacy contribute to people's beliefs that, through their collective voice, their society can accomplish desired social changes.

A growing body of research underscores the importance of beliefs of collective efficacy in how well social systems function. These include families, educational systems, business organizations, athletic teams, and combat teams. The findings of two meta-analyses show that the stronger people believe in their collective efficacy the higher their accomplishments (Gully, Incalcaterra, Joshi, & Beaubien, 2002; Stojkovic & Lee, 2001).

Self-efficacy theory is being increasingly examined in diverse cultural contexts (Bandura, 2002). The evidence shows that belief in one's capabilities has the same functional value and works in much the same way in different cultures. But culture shapes how efficacy beliefs are developed, the forms in which they are exercised and the purposes to which they are put. Kim and Park (1999) further extend the cross-cultural applicability of self-efficacy theory by adding belief in one's relational efficacy to promote positive communal relations. This facet of self-efficacy is well suited to capture the communal aspect of life, especially in the more collectivistic cultures. These lines of research illustrate how social cognitive theory is enriching cross-cultural research and is, in turn, extended and enriched by it.

Some people live in individualistic societies. Others in collectivistic systems. Early's (1994) cross-cultural research on organizational productivity in the United States, Hong Kong, and Mainland China confirms the generalized functional value of efficacy belief. In each of these settings, the organizations are manufacturing the same telecommunications equipment and offering the same service. In each place, half the managers were trained on an individual management system, the other half were trained on group management systems. Managers from the individualistic United States culture achieve the highest efficacy and organizational productivity under the individually-oriented system. Those from collectivistic cultures, Hong Kong and China, judge themselves most efficacious and achieve the highest organizational productivity under the group-oriented system.

There are collectivists in individualistic cultures and individualists in collective cultures. Regardless of cultural background, managers achieved the highest personal efficacy and productivity when their psychological orientation matches the organizational system. Thus, Early found that American collectivists achieve higher efficacy and productivity under a group-oriented system. Chinese individualists had higher efficacy and productivity under an individually-oriented system. The personal orientation rather than the cultural locale is a major carrier of the effects. Both at the social and individual level of analysis strong efficacy fosters high group effort and performance.

## **6. INTRACULTURAL DIVERSITY AND TERRITORIAL CULTURALISM**

Cultures are diverse and dynamic social systems not static monoliths. There is much diversity among people living in the same culture. Human behavior is socially situated, richly contextualised, and conditionally expressed. For example, within the same collectivistically-oriented culture, members vary in their communal behavior depending on their education, socioeconomic status, whether the reference group is familial, peer, academic, or traditional, whether the participants are of ingroup or outgroup status, and the incentives for behaving communally (Freeman, & Bordia, 2001; Matsumoto, Kudoh, & Takeuchi, 1996, Yamagishi, 1988). Indeed, intracultural-diversity swamps intercultural differences.

In most cross-cultural research, nations are used as proxies for culture. For example, residents of Japan are characterized as collectivists; those in the United States as individualists. Different aspects of human agency get partitioned dichotomously into individual and collective forms by geographic locale. This is culturalism by territory rather than by psychosocial orientation and processes. Small statistical mean difference in attributes in bicultural contrasts is often ascribed to



the national residents as though they behaved alike as dichotomously classified. General measures of psychosocial attributes stripped of context and conditional determinants mask the substantial intracultural and intraindividual diversity.

The new global realities call for a more dynamic approach to cultural effects than the categorical one that has been in vogue. Cultures are no longer insular. Ideas, values and styles of behavior are being shaped transnationally in symbolic cultures transmitted electronically. People worldwide are becoming increasingly immersed in a cyberworld that transcends time, distance, place, and national borders. Global connectivity is shrinking cross-cultural uniqueness. Global market forces are restructuring national economies, eroding cultural practices that lack marketability and shaping the political and social life of societies. In addition, mass transnational migrations of people and high global mobility of entertainers, athletes, journalists, academics, and employees of multinational corporations with more cosmopolitan orientations are changing cultural landscapes.

The transnational intermixing is creating new hybrid cultural forms blending elements from different ethnicities. In short, the revolutionary advances in communication technologies and the force of globalization are homogenizing some aspects of life, polarizing other aspects, and fostering a lot of cultural hybridization worldwide (Holton, 2000). Much of our cross-cultural theorizing and research are discordant with these new realities of global reach and connectivity.

Social cognitive theory adopts a transactional view of self and society. Human adaptation and change are rooted in social systems. But social systems are created by human activity. In this agentic interplay, people are producers of their life circumstances, not just reactor to them. Given the agentic features of social cognitive theory, it is especially well suited to address the exercise of human agency in its diverse forms for personal and social change in this rapidly evolving electronic era.





# AUTOEFICACIA: CONCEPTO Y PROCESOS BÁSICOS

---

1. **Autoeficacia: origen de una idea,**  
EUGENIO GARRIDO
2. **Determinantes y relaciones estructurales  
desde la eficacia personal  
a la eficacia colectiva,**  
ROCÍO FERNÁNDEZ-BALLESTEROS,  
JUAN DíEZ-NICOLÁS, GIAN VITTORIO  
CAPRARA, CLAUDIO BARBARANELLI  
y ALBERT BANDURA
3. **Emoción, autoeficacia y cognición,**  
ROSARIO POY, PILAR SEGARRA,  
M<sup>a</sup> CARMEN PASTOR, SUSANA MONTAÑÉS,  
M<sup>a</sup> PILAR TORMO y JAVIER MOLTÓ

## 1.1. AUTOEFICACIA: ORIGEN DE UNA IDEA

EUGENIO GARRIDO

Universidad de Salamanca

### 1. El programa científico

El concepto de autoeficacia tiene una relevancia especial en la psicología contemporánea teórica y práctica. Un buen ejemplo se encuentra en cada uno de los capítulos de *Self-efficacy. The exercise of control* (Bandura, 1997). Su autor, Bandura, es uno de los que más han influido en el desarrollo de la Psicología de todos los tiempos (Korn, Davis, y Davis, 1991).

A pesar de ser un concepto tan extendido no siempre se entiende y se aplica correctamente, como pudo verse en las reacciones que suscitó al tiempo de su aparición (Kazdin, 1978; Smedslund, 1978b; Smedslund, 1978a; Smedslund, 1979), tratando de convertirla en mero sentido común (Kelley, 1992) o en la teoría ya tradicional de las expectativas de resultados de Rotter (Garrido, 1987).

En las páginas siguientes se exponen el momento y el modo de cómo brota la noción de autoeficacia en la obra de Bandura. Con ello se pretende dar un mejor conocimiento de lo que es la teoría de la autoeficacia y la importancia que supuso cuando se publicó por primera vez. Este propósito exige una constante alusión a los escritos de Bandura publicados, especialmente, durante los años 1967 y 1977.

Para poder seguir este proceso evolutivo hay que retrotraerse a las ideas básicas del quehacer banduriano como científico. En 1982 (Bandura, 1982) escribe un artículo en el que intenta demostrar cómo lo más importante que acontece en la vida humana suele ser debido a encuentros casuales, defendiendo así su teoría básica del interminable proceso de aprender. Según nos

cuenta en sus dos entrevistas con Evans (Evans, 1989; Evans, 1976), comenzó a estudiar Psicología porque convivía con unos compañeros que estudiaban medicina e ingeniería y tenían que levantarse muy temprano. Él se despertaba con ellos y a esa hora sólo encontró una asignatura de Psicología que le atrajera su interés y la eligió. Desde el primer momento se dio cuenta de su falta de rigor científico. Advirtió que la Psicología primero afrontaba los problemas de manera intuitiva y luego, según los resultados, trataba de descubrir las variables que explicaran el éxito o el fracaso de la intervención. Él se proponía hacer una Psicología más a la manera de los paradigmas científico experimentales: planteamiento de hipótesis, operacionalización de las variables y diseños experimentales. Quizás, por única vez en su vida, quiso hacer una psicología semejante a la Medicina o a la Biología, cuyos resultados sean independientes, por principio, de la persona que la aplique (Bandura, Blanchard, y Ritter, 1969). Sin duda alguna este propósito se vio reforzado posteriormente, al hacer su especialidad en la Universidad de Iowa, como explica en su escrito sobre la personalidad en el centenario de la fundación de dicha universidad (Bandura, 1991; Cantor, 1991).

Pero esta formulación es aún muy vaga. Como afirma en la entrevistas con Evans y en alguno de los escritos de esta época (Bandura y Barab, 1973), la ciencia psicológica tiene que avanzar siguiendo el esquema científico que se describe a continuación. En primer lugar, debe descubrir si un modo de intervenir es *eficaz* modificando la conducta o proporcionando el bienestar que esperan encontrar las personas que acuden a ella. Si la intervención no ha sido eficaz no merece la pena continuar investigando en ese camino. Y un modo es eficaz se demuestra si cumple estas tres condiciones: 1) que produzca el cambio deseado, 2) que este cambio sea duradero o permanezca en el tiempo y 3) que se pueda generalizar a otras situaciones semejantes. Si se analizan cada una de las investigaciones que se mencionarán a continuación se descubrirá que en todas existe un seguimiento de los participantes. Seguimiento que a veces dura año y medio. Siempre se buscarán situaciones semejantes para comprobar si los cambios se han generalizado. En sus famosos estudios sobre las fobias a las culebras siempre dispone de dos culebras de aspecto diferente: una sirve para la fase de tratamiento, la segunda para la fase de seguimiento y generalización. Como se verá más adelante, su preocupación por la generalización será una de las causas de que aparezca la hipótesis de la autoeficacia. Descubierta la eficacia de un tratamiento, deben buscarse sus *componentes*. Pongamos, por ejemplo, una intervención psicodramática (Garrido, 1978) o una intervención en terapia familiar (Garrido, 1993), en cualquiera de ellas existen análisis de los contenidos, persuasiones, interacciones de los participantes, exposiciones de lo que otros expertos dicen, la intervención del director de escena, el *feedback*

que ofrecen los espectadores, etc. ¿Cuál de estos componentes es o son esenciales en la eficacia del procedimiento que se está aplicando? Si no se descubren dichos componentes se puede estar perdiendo el tiempo o, incluso, dañando un mejor rendimiento de la estrategia de intervención. Finalmente, el último de los propósitos de cualquier intervención psicológica ha de ser la de descubrir *los procesos* por los que esos componentes actúan. Para situarnos en la época en la que descubrirá el proceso de la autoeficacia, recuérdese que la conducta fóbica se explicaba por el doble proceso de la asociación de contigüidad pavloviana y el refuerzo contingente que produce toda huida que libera de la ansiedad. Conociendo estos procesos se desarrollan las técnicas de condicionamiento, especialmente la desensibilización sistemática (Wolpe, 1974). La exposición más sinóptica de toda esta teoría sobre el modo de hacer ciencia psicológica se encuentra en la página primera del estudio publicado con Barab (Bandura y Barab, 1973). Con el tiempo, y, especialmente, a medida que ha ido desarrollando la teoría de la autoeficacia, ha declarado que una teoría psicológica no es completa si no descubre los procesos, los métodos de medirlos y las formas de modificarlos. No es de extrañar que Locke, en la reseña del libro *Self-Efficacy. The Exercise of control*, haya dicho que la autoeficacia es una teoría psicológica con todos los componentes filosóficos exigida a las mismas.

Contamos ya con todos los elementos para ser espectadores del nacimiento de la hipótesis primero, y la teoría, después, de la autoeficacia.

En otra publicación (Garrido, 2000) he mostrado cómo el cumplimiento de este programa científico es el hilo conductor que explica toda la investigación de Bandura. En este momento me detengo solamente en los años en que nace la noción de la autoeficacia y aparecen las primeras publicaciones científicas respondiendo a las objeciones de que fue objeto.

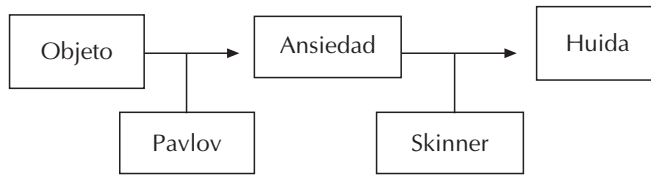
En el año 1983 analicé la evolución de la investigación de Bandura referente a los procesos del aprendizaje vicario (Garrido Martín, 1983). Durante más de 10 años había tratado de demostrar los componentes y los procesos del aprendizaje mediante observación. En el año 1967 da por finalizados, aparentemente, todo lo referente a componentes y procesos, aunque son interesantísimos los estudios realizados posteriormente con Carroll para explicar cómo se aprenden movimientos o conductas difíciles de observar (Carroll y Bandura, 1987; Carroll y Bandura, 1985; Carroll y Bandura, 1990; Carroll y Bandura, 1982). Bandura es un psicólogo orientado básicamente a la intervención clínica y social. Ésta es la razón de su espíritu eminentemente práctico en sus investigaciones, que las realiza casi siempre con sujetos que tienen necesidad de cambio. Se ajusta plenamente a la definición de pragmatismo americano que define Ortega en *Qué es filosofía*: «no hay más verdad que el buen éxito en el trato de las cosas» (Ortega y Gasset, 1969: 297). Es, pues, hora, de probar que los componentes

y procesos del aprendizaje vicario son útiles en la clínica psicológica. A partir de aquí aplicará el aprendizaje vicario para intervenir en dos temas que le han preocupado siempre y que se pueden rastrear en todas sus investigaciones: los problemas clínicos y los comportamientos morales. Con frecuencia se expone más el tema de la intervención psicológica y hasta se exhiben sus famosas fotografías con las culebras olvidándose de aquellas investigaciones en las que se preocupa por cómo se adquieren los principios y comportamientos morales. Aunque nos centremos inmediatamente en el primero de los caminos, un recuerdo breve a postulados generales sobre el comportamiento moral (Bandura, 1969), y a estudios experimentales realizados con Grusec y Menlove (Bandura *et al.*, 1967a) en el que se demuestra cómo se imitan los estándares de refuerzo que han presentado los modelos que nos precedieron, o el escrito con Perloff (Bandura y Perloff, 1965) en el que aparece cómo los humanos subimos nuestros estándares de conducta sin aumentar las gratificaciones y nunca nos gratificamos cuando bajamos nuestras exigencias, junto a los menos conocidos y publicados con Mahoney (Bandura *et al.*, 1976; Bandura y Mahoney, 1974) en los que demuestran que los estándares se adquieren y mantienen mediante el refuerzo. Estos estudios sobre el comportamiento moral son los antecesores más directos de la última dedicación de Bandura al estudio del ser humano como agente de su propia conducta y, especialmente, de su conducta tanto la moral como la inhumana (Bandura, 2001) y tienen una primera formulación teórica en su publicación: *The self system in reciprocal determinism* (Bandura, 1978).

## 2. La teoría del doble componente

Se trata de recordar lo que ya se sabe sobre el contracondicionamiento o la desensibilización sistemática. Se recuerdan estos supuestos porque es la teoría que Bandura abraza ciegamente como explicación científica de los procesos fóbicos o de evitación. Su libro *Principios de modificación de conducta* (Bandura, 1969), publicado por estas fechas, sería la mejor prueba de su apego a la teoría del doble componente así como la introducción y las discusiones de todas y cada una de las investigaciones que se mencionarán más adelante. Hasta que no se dé cuenta de que esta teoría no es válida y no interviene en el tratamiento de los sufrimientos que acompañan a las conductas fóbicas, no puede afirmarse que haya descubierto la teoría de la autoeficacia. Éste es el criterio.

El esquema de los dos procesos que explican la conducta fóbica, según la orientación más conductista, es bien conocida y se representan en la figura siguiente.



**Figura I.1.1.** Procesos que explican la conducta fóbica, según la orientación más conductista

Mediante un proceso de asociación experiencial o mediante un procedimiento vicario (Bandura, 1965) el objeto se convierte en una amenaza para el sujeto que éste trata de evitar mediante el alejamiento del objeto o pensamiento que le causa dolor. La conducta fóbica es la cruz con la que se estrellan todas las intervenciones terapéuticas porque es una conducta que se alimenta constantemente dado que cada huida supone un refuerzo de dicha huida y una confirmación de la ansiedad que provoca la presencia del objeto temido. Si estos son los dos procesos que intervienen en la explicación de la conducta fóbica es necesario atacar a cada uno de ellos: el primero, el pavloviano, es el que ha tenido más éxito, pues se trata de hacer una nueva asociación entre el objeto y una conducta de relajación o de alegría. Intervenir en el proceso de la huida gratificadora es más difícil y, sobre todo, más traumático para la persona pues supone, de alguna manera, cortar la retirada al sujeto, lograr que permanezca junto al objeto temido hasta que descubra que su temor era infundado. Es difícil saber cuánto tiempo de sufrimiento ha de pasar el sujeto antes de que llegue a esta conclusión. Tampoco se sabe hasta qué punto resulta ético tal tipo de tratamiento, afirmación que cobrará más sentido cuando compruebe que a través del modelado pueden tratarse las fobias tan eficazmente como mediante la desensibilización sistemática.

Lo que interesa subrayar en este momento es que en el modelo tradicional/conductista del doble componente o doble proceso que explica la conducta de huida *la iniciativa la tiene el objeto* que es el que pone en marcha los estados de ansiedad y las conductas de huida. Como explicará Bandura más tarde (Bandura, 1988), en la teoría tradicional detrás de cada conducta de huida existe necesariamente un estado de ansiedad. La secuencia es un todo inseparable. También se verá en las páginas siguientes cómo la implosión es una estrategia innecesaria, por no decir inútil. Con lo que hoy se sabe sobre el modelado como fuente de autoeficacia, pudiera afirmarse que la implosión puede considerarse como una estrategia de tortura innecesaria.

Tal es el convencimiento que tiene Bandura de que este es el proceso que debe atacarse si se quieren tratar las fobias, que en todos los escritos de esta

época la menciona explícitamente. Y como muestra el siguiente párrafo que aparece en la introducción a la investigación más importante de esta época (Bandura *et al.*, 1969: 173).

La investigación ofrecida en este artículo está guiada por la teoría del proceso dual de la conducta de evitación. De acuerdo con este punto de vista, los estímulos amenazadores evocan *arousal* emocional que tiene tanto componentes autonómicos como centrales. Se supone, además, que estos procesos de *arousal*, actuando principalmente a nivel central, ejercen algún modo de control sobre conductas instrumentales de huida.

### 3. La investigación como aventura

La investigación es como una novela de intriga. El investigador se plantea unas hipótesis cuyos resultados desconoce, debe buscar la manera más adecuada de perfilar sus personajes, sus conceptos y la mejor manera de analizar los resultados, luego ha de buscar a los sujetos adecuados, motivarlos, recoger sus datos, modificarlos, maquillarlos según su intriga o hipótesis. Y todavía desconoce los resultados de su historia. Solamente cuando éstos aparecen en la pantalla del ordenador el experimentador tiene la alegría o se descorazona al tener conocimiento de los efectos principales, de las interacciones, de los caminos de influencias causales, de las regresiones, etc. Y a la vez esos resultados plantean nuevas hipótesis y nuevos planteamientos de intriga investigadora. Cada uno de estos pasos es una incógnita, un misterio, una esperanza. La investigación, pues, es una aventura humana y debería contarse como tal.

Si algún autor ha hecho de la investigación psicológica una aventura nunca finalizada es Bandura. Precisamente porque tiene un programa del quehacer científico perfectamente definido, como se ha visto en las páginas anteriores. Una vez más lo vamos a demostrar en la secuencia lógica de las investigaciones que llevaron al descubrimiento de la hipótesis de la autoeficacia.

Dejábamos al autor finalizando sus estudios sobre los componentes y procesos que intervienen en el aprendizaje vicario, aunque el estudio final en este campo sea el publicado con Jeffery (Bandura y Jeffery, 1973). Estaba a punto de comenzar su aplicación práctica, su aplicación clínica. Había llegado el momento de demostrar su afirmación de que todo lo que se puede aprender por la experiencia directa, por ensayo error, es posible aprenderlo y modificarlo mediante la experiencia vicaria (Bandura, 1965). Elige para ello la conducta fóbica y establece un conjunto de investigaciones bajo la idea de que a través del modelado se puede lograr rebajar la ansiedad que los sujetos sienten hacia ciertos objetos. El primero de los estudios es el que realiza con Grusec y Menlove (Bandura *et al.*, 1967b). Y se trata la fobia a los perros de niños que por propia confesión y la declaración de sus padres tiene miedo a los perros. Una fobia muy común. Se quiere investigar la influencia de dos variables: el modelado y la relajación;

sólo que en lugar de la relajación aquí se utiliza un ambiente festivo. Por lo tanto esto exige trabajar con varios grupos semejantes y asignados al azar. Hay un grupo de sólo fiesta. Estos sujetos participan en una especie de *party* de cumpleaños típico. Se les mide su fobia a los perros antes y después de participar en la fiesta. Existe un segundo grupo de sólo observación: estos sujetos están sentados en sus pupitres de clase y observan cómo un niño de su misma edad entra en el aula e introduce al perro en una jaula/perrera situada en medio de la clase. Los observadores contemplan cómo el niño se acerca al perro, lo saca atado con una correa, lo introduce de nuevo en la perrera en la que él también se encierra y poco a poco realiza conductas de mayor contacto hasta que finaliza dándole una galleta con su propia mano. Los niños han de realizar luego las mismas conductas divididas en 24 bloques de menor a mayor acercamiento e interacción con el perro. Ésta es la variable dependiente. El tercero de los grupos combina ambiente de fiesta con el modelado. Cuando la fiesta está en su apogeo entra en la habitación el modelo con su perro, lo introduce en la perrera y se une a la fiesta. A lo largo de 8 sesiones de 10 minutos desarrolladas a lo largo de cuatro días consecutivos, los niños contemplan cómo el compañero mantiene una interacción cada vez más cercana con el cocker spaniel hasta que termina metiéndose en la perrera, cogiéndolo en sus brazos y dándole de comer con su mano. Finalmente está el grupo control. Los niños de este grupo hacen las pruebas de la fobia, entretienen el tiempo en tareas de distracción, y luego se les vuelve a medir su fobia. Los resultados tienen un éxito claro y un fracaso no menos importante. El éxito consistió en que todos los sujetos que observaron el modelo, en cualquiera de las dos condiciones, mejoraron en su conducta fóbica de manera sorprendente. Los grupos control y de fiesta sin observación, no mejoran en su conducta fóbica. El fracaso está en que el ambiente festivo, el correlato de la relajación, no se diferencia en nada del grupo de sólo observación. La relajación, el ambiente festivo no añade nada nuevo a la sola observación. Pero Bandura sigue explicando, en las conclusiones del artículo, que dicho ambiente festivo ha intervenido. Naturalmente en este estudio se hacen comparaciones de generalización utilizando un perro pequeño, semejante al cocker pero de apariencia distinta: un terrier blanco. También se hace un seguimiento. Esto, como ya sabemos, entra en su programa científico. Los resultados del modelado se confirman y no los del ambiente festivo.

Estos beneficios del modelado se ampliarían si se centrasen en la generalización. Es decir, si los niños que tienen fobia a los perros vieran a distintos modelos con perros de distintos tamaños y razas. Se trata pues de comparar modelos múltiples, que actúan con muchos perros, con la eficacia de un modelo único que actúa con un solo perro. Esta conclusión del estudio que acaba de describirse se convierte en la hipótesis del estudio siguiente (Bandura, Menlove, 1968). En esencia tendremos tres grupos, el de control, como siempre, el grupo



que observa a un solo sujeto con un solo perro (el cocker/spaniel) y el grupo que observa a múltiples modelos de diferentes edades actuando con perros de tamaños y peligrosidad diferentes. Los resultados, de nuevo, son mixtos: se confirma que lo que interviene es el modelado porque los observadores modifican sus conductas fóbicas tanto si han visto a un solo sujeto como si han visto a múltiples sujetos dando de comer a perros de diferentes razas, tamaños y peligrosidad aparente.

Estas dos investigaciones han demostrado la eficacia del modelado para modificar conductas fóbicas. La pregunta siguiente parece lógica: es necesario saber si la eficacia de modelado es comparable a la de la de otras estrategias terapéuticas que ya han probado su validez en materia de fobias. En especial se trata de comparar la eficacia del modelado con la desensibilización sistemática de Wolpe (Wolpe, 1958). Además, por aquel tiempo Ritter (Ritter, 1968), uno de los autores que van a firmar el siguiente estudio con Bandura, estaba tratando de demostrar la eficacia de lo que ella llamaba desensibilización por contacto que consistía básicamente en las siguientes fases: el terapeuta ejecutaba la conducta fóbica a un determinado nivel en presencia del sujeto que padecía la fobia. Si el sujeto con esta sola demostración era capaz de repetirla se pasaba al siguiente estadio del acercamiento. Si en uno de estos pasos el sujeto no repetía la conducta observada, el modelo le ayudaba con el contacto físico; por ejemplo, si el sujeto no se atrevía a tocar la caja donde estaba la culebra le pedía que pusiera sus manos sobre las del modelo o que la tocara con guantes, así hasta que el sujeto fuera capaz de hacerlo por sí solo. Pues bien, si el experimento de Bandura trataba de comparar la eficacia del modelado frente a otras estrategias, se le ocurre que, además de la desensibilización sistemática habría un grupo que pasase por la desensibilización por contacto.

La idea, aparentemente es simple, y los grupos a formar son también previsibles (Bandura *et al.*, 1969). En este caso se trata de fobia a las culebras. Una fobia tan fuerte que impidiera a las personas hasta salir de sus casas (recuérdese que la investigación se lleva a cabo en Palo Alto, donde lo normal es vivir en viviendas unifamiliares con jardines). La razón de utilizar el miedo a las culebras es debido, dicen los autores, porque no es fácil haber tenido contacto con ellas, cosa que no ocurre con los perros, por consiguiente, si la intervención psicológica es eficaz, se deberá más probablemente a la intervención y no a la experiencia pasada. Como siempre tenemos el grupo control al que no se interviene; un segundo grupo que observan a un modelo acercarse progresivamente a una caja en la que se halla una culebra, un bastardo, y se acerca hasta sacarla de la caja y dejar que repte libremente por su cuerpo. El tercer grupo es el de la desensibilización sistemática realizado al más puro modo conductista. Finalmente, el cuarto de los grupos es el de la desensibilización por contacto. Los resultados, teniendo en cuenta solamente la variable ejecución,

fueron tremendamente sorprendentes. Para entenderlos debe recordarse que la conducta de acercamiento se había dividido en 28 tareas de menor a mayor acercamiento a la culebra: desde abrir la puerta de la habitación en la que estaba la culebra encerrada en una caja transparente, meter la mano dentro de la caja, coger la culebra y dejar que recorriera todo su cuerpo. El grupo control no varió. Los grupos de desensibilización sistemática y modelado fueron parejos en su eficacia y los resultados estadísticos no muestran diferencias, aunque sí aparecen diferencias significativas respecto al grupo control. La sorpresa saltó con el grupo de desensibilización por contacto que alcanza una eficacia cercana al cien por cien. Pero existe un segundo experimento, encubierto en el primero, que es de máxima importancia para el desarrollo de la teoría de la autoeficacia. Como se recordará, el grupo control no pasa por tratamiento alguno. Una vez que se han obtenido los primeros resultados, se ha de cumplir la promesa de que todos los sujetos sean tratados de sus fobias a las culebras. Los experimentadores aprovechan al grupo control original y lo tratan con modelado con relajación. En el cuerpo del tratamiento el grupo de modelado lo hace sin relajación. Ahora se pueden comparar los dos grupos de modelado, el que ha trabajado con la relajación y el que ha trabajado sin relajación. Los resultados indican que no existen diferencias entre ambos grupos ni a nivel objetivo de conductas ejecutadas ni a nivel subjetivo o miedo percibido. Si unimos estos resultados a los de los dos estudios anteriores, la conclusión es evidente: la relajación no cumple efecto alguno en la terapia más allá del que ejerce el mero modelado. Bandura, con todo, aún se esfuerza en este estudio por buscar relaciones mentales producidas por el modelado, lo que llama relajación a nivel central. Finalmente todos los sujetos son tratados con la desensibilización por contacto y todos logran superar su pánico a las culebras y comienzan a tener una vida social más activa fuera de sus casas.

#### 4. La búsqueda de los componentes

Estos resultados tan sorprendentes producidos por la desensibilización por contacto suponen un parón en la trayectoria de la investigación banduriana. Pero un parón coherente con su programa científico. Acaba de descubrir una estrategia de intervención que es más eficaz que cualquiera otra conocida hasta el momento. Se hace necesario estudiar sus componentes y los procesos que subyacen. Si se acompaña a Bandura en la aventura investigadora se verá que, efectivamente, los tres autores comienzan a estudiar cuáles son los componentes que intervienen en la desensibilización por contacto. Bandura estudiará si la mucha o la poca ayuda favorece los resultados y descubrirá que los sujetos que reciben pocas ayudas son los que generalizan más sus resultados positivos (Bandura *et al.*, 1974). Volveremos sobre estos resultados al hablar de la generali-

zación. Ritter (Ritter, 1969) trata a agorafóbicos y pretende medir la influencia que tiene la ayuda verbal frente a la ayuda física, siendo la ayuda física la que produce mejores efectos que la sola ayuda verbal. Pero cuando se estudia esta etapa o se habla de ella con el propio Bandura menciona siempre como importante lo que fuera la tesis doctoral de Blanchard y que expondrá posteriormente en dos investigaciones (Blanchard, 1970b; Blanchard, 1970a). El modo de investigar los componentes en el estudio de Blanchard es relativamente ingenioso. Se supone que en la desensibilización por contacto intervienen tres procesos distintos, un proceso verbal o de información, en el que se les dice que las culebras no son dañinas y que incluso el sacar constantemente la lengua no es más que un modo de orientarse. Existe un segundo componente que es el de modelado: ver cómo otra persona se acerca progresivamente a la culebra, y, finalmente estaría la ejecución. Para completar los grupos hace falta un grupo control. El grupo de sujetos en los que se quiere medir la importancia del componente ejecución recibe el tratamiento completo tal como se expuso en el estudio de Bandura, Blanchard y Ritter (1969). El grupo que va a tener sólo la ayuda del modelado observarán a los anteriores a través de una cámara unidireccional en la que no existe sonido o información alguna: son meros observadores. Finalmente, el grupo que recibe información observa también al grupo de ejecución desde una cámara de visión unidireccional, pero en este caso sí tienen acceso a toda la información que les ofrece el experimentador a los sujetos que están siendo directamente tratados. Los resultados son claros, si se mira solamente al cambio conductual producido, el 60% del mismo se explica desde el modelado; el 40% restante lo explica la ejecución. La información, en cualquiera de las medidas dependientes obstaculiza la modificación de la conducta fóbica. Si se mira a otros tipos de variables dependientes: generalización, extinción en el inventario de miedos, cambio de actitudes, el modelado da cuenta por sí solo del 80% de los cambios resultantes. A partir de estas investigaciones de Blanchard la desensibilización por contacto pasará a denominarse *modelado participante* porque son el modelado y la participación activa las que explican sus resultados.

## 5. El proceso de la autoeficacia

Conociendo su programa científico, no basta con descubrir los componentes que intervienen en una estrategia eficaz, el psicólogo ha de descubrir los procesos. Y a eso es a lo que se dedica inmediatamente. La exposición más clara se halla en el estudio que publica con Barab (Bandura y Barab, 1973). Explícitamente dice que uno de los procesos que puede intervenir en el modelado participante puede ser la motivación, que él define como la sensación que ha de tener el sujeto de que él es capaz de ejecutar lo que observa en el modelo,

máxime si éste es un niño. Pero en él sigue hablando aún de la necesidad de rebajar antes el *arousal* o la ansiedad. Si se quiere conocer cuándo Bandura comienza a cambiar de modo de pensar se debe recurrir a la expresión de una de las participantes en el experimento de Bandura, Blanchard y Ritter. Esta mujer, entrevistada mucho tiempo después de haber pasado por el tratamiento de su fobia a las culebras, comunica a los experimentadores: «Mi éxito al superar gradualmente este miedo a las culebras, ha contribuido a un mayor sentimiento de confianza generalizada en mis capacidades para superar cualquier otro problema que pueda aparecer. Yo tengo más fe en mí misma». Recogiendo una afirmación de Jacob Leví Moreno (Moreno, 1955), cada teórico de la psicología o la psiquiatría ha tenido un gran paciente que le ha descubierto los procesos que actúan en su curación. Freud tuvo a Ana Olsen, el mismo Moreno tuvo a su mejor actriz: Bárbara, quien representa sus problemas matrimoniales en el escenario y así los resuelve. En este caso sería esta enferma que advierte a Bandura, que el proceso de mejora se ha producido en su interior.

Esto hace reflexionar a Bandura sobre el problema de la *generalización*. Tradicionalmente es un concepto conductista que Dollard y Miller (Miller y Dollard, 1941) toman del psicoanálisis. Esta generalización está basada en el objeto. Puede representarse como la extensión concéntrica que poco a poco toma una mancha de aceite: se va extendiendo a los objetos cercanos y luego a los más alejados. En las investigaciones reseñadas se ha visto cómo Bandura utilizaba dos clases de perros o dos clases de culebras para probar la generalización. Pero a partir de las declaraciones de esta paciente y en este mismo artículo y los siguientes (Bandura *et al.*, 1969; Bandura y Barab, 1973; Bandura *et al.*, 1975) hablará de una generalización basada en el sujeto. Esta generalización puede darse entre objetos o temas que aparentemente no tengan nada que ver entre sí, pero que el sujeto los piensa como semejantes. Aunque Bandura no lo mencione, explícitamente se trata de una construcción social de la realidad basada en la observación de la propia conducta (Bem, 1965). Es una situación que se repite en investigaciones en las que se fomenta la autoeficacia (Frayne y Latham, 1987; Latham y Frayne, 1989).

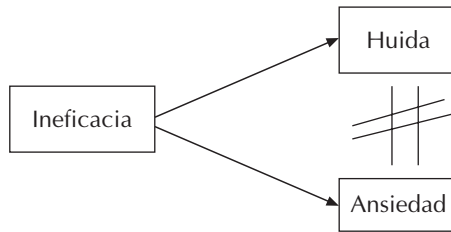
Desde este momento Bandura comienza a abandonar la dictadura del objeto que ha dominado un gran período de la psicología conductista y comienza a dar importancia al sujeto. Al principio lo hace buscando lo que llama proceso de motivación: la sensación de ser capaz. La define de esta manera: «se persuaden a sí mismos de que si otros lo pueden hacer, ellos deberían ser también capaces» (Bandura y Barab, 1973: 2). Pero enseguida da un paso más importante alejándose más del objeto y centrándose en la elaboración subjetiva. Cuando se habla con él sobre este período afirma que el primer estudio sobre la autoeficacia es el que publica con Jeffery y Gadjos (Bandura *et al.*, 1975). Basta con leer detenidamente el título de este estudio para darse cuenta de que

en él todavía se habla de rebajar los niveles de ansiedad. Pero no es menos cierto que pone el éxito del tratamiento psicológico fóbico en la generación, en la conciencia del sujeto de que él domina la situación. El título dice literalmente: *Generalizar los cambios mediante el modelado participante con el dominio dirigido personalmente*. La primera parte del tratamiento que se practica en esta investigación consiste en aminorar los niveles de la ansiedad y una vez que estos niveles se han rebajado permitirle al sujeto que durante una hora se quede solo con la culebra en la habitación y fortalezca su sensación de dominio, su sensación de fe en sí mismo. En este estudio todavía existe una dependencia del modelo del doble proceso, aunque se ponga mucho énfasis en la percepción, en la atribución del sujeto. No cabe duda de que el profesor de Stanford está buscando los procesos y que en esos procesos cada vez intervienen más las apreciaciones del sujeto.

La primera formulación de la teoría de la autoeficacia aparece en las páginas 78 y 79 de su libro: *Social Learning Theory* (Bandura, 1977). El concepto de autoeficacia surge cuando se da cuenta de que la aparente contradicción que existe entre los tratamientos centrados en la experiencia directa y los centrados en generar en el sujeto la sensación de dominio y de fe en sí mismo funcionan mediante un mecanismo cognitivo común que expresa de esta manera: «desde el punto de vista del aprendizaje social, los cambios psicológicos, independientemente del método utilizado para lograrlos, derivan de un mecanismo común». Ese mecanismo común lo denominará autoeficacia. Y en ese mismo año escribe el primer artículo sistemático sobre la teoría de la autoeficacia, y en su título aparece la idea de que cualquier cambio que quiera hacerse en la conducta del sujeto, sea cual sea el medio o estrategia que se utilice, será eficaz en tanto en cuanto genere en el sujeto la sensación de juzgarse capaz. Todas las estrategias utilizadas son válidas: las de persuasión, las de modelado, las de desensibilización sistemática, etc. Pero lo son porque y en la medida en que generen en el sujeto la sensación de sentirse capaz de hacer algo nuevo o algo que antes se sentía incapaz. Éste es el núcleo del artículo de 1977 (Bandura, 1977), el primero que escribe sobre la autoeficacia y en el que aparecen ya todas las hipótesis que ha desarrollado posteriormente. Y a partir de él aparecerán todos los estudios que tratan de demostrar que la autoeficacia es el mediador en toda intervención conductual, vicaria o mental (Bandura *et al.*, 1980; Bandura *et al.*, 1982). Y también da respuesta a quienes se opusieron a la teoría y a sus modos de medida, como Kazdin (Kazdin, 1978) utilizando sus mismos modos de proceder y demostrando que eran válidos porque generaban autoeficacia (Bandura *et al.*, 1980) o resolviendo los problemas de la medida demostrando que la autoeficacia no se corresponde con la necesidad del sujeto de ejecutar aquello de lo que ha dicho privada o públicamente que se siente capaz de hacer (Telch *et al.*, 1982).

Como investigador de la obra de Bandura me permito una licencia final: ¿por qué es tan efectivo el modelado participante? Porque en él se ponen todos los elementos para que el sujeto finalice ejecutando él solo la conducta que antes temía, pues se le retiran explícitamente todas las ayudas que se le habían ofrecido antes y al final se ve a sí mismo y solo ejecutando la conducta lo que le impele necesariamente a decirse: lo he hecho yo solo, luego soy capaz.

Si anteriormente se había dicho que la autoeficacia no aparece hasta que no se rompa el maleficio del doble principio para explicar la conducta fóbica, debemos mostrar ahora que en la teoría de la autoeficacia ofrece un nuevo modelo explicativo de la conducta de huida: el modelo de la doble consecuencia.



**Figura I.1.2.** Proceso de la doble consecuencia

En 1988, Bandura escribe un artículo sobre la ansiedad en el que aparece expuesta definitivamente esta teoría del doble efecto y donde demuestra la poca relación que existe entre ansiedad y conducta de huida y la mucha que existe entre el juicio de incapacidad y las conductas tanto de huida como de ansiedad.

## **I.2. DETERMINANTES Y RELACIONES ESTRUCTURALES DESDE LA EFICACIA PERSONAL A LA EFICACIA COLECTIVA<sup>1</sup>**

**ROCÍO FERNÁNDEZ-BALLESTEROS\***

**JUAN DíEZ-NICOLÁS\*\***

**GIAN VITTORIO CAPRARA Y CLAUDIO BARBARANELLI \*\*\***

**ALBERT BANDURA\*\*\*\***

\*Universidad Autónoma de Madrid

\*\*Universidad Complutense de Madrid

\*\*\*Universidad de Roma «LaSapienza»

\*\*\*\*Universidad de Stanford

### **1. Introducción**

Las creencias que las personas poseen acerca de su eficacia para controlar los eventos que afectan a sus vidas, influyen en las elecciones que realizan, en sus aspiraciones, en el nivel de esfuerzo y perseverancia, en la resistencia a la adversidad, en la vulnerabilidad al estrés y en la depresión y el desempeño (Bandura, 1997; Schwarzer, 1992). Desde la teoría social cognitiva (Bandura, 1999), la autoeficacia percibida es la base de la agencia humana. Las personas que creen que a través de sus acciones no pueden producir los resultados deseados, tendrán pocos incentivos para actuar o para perseverar a la hora de afrontar dificultades.

Diversas líneas de investigación apoyan el papel de la autoeficacia percibida en diferentes esferas de funcionamiento. Los resultados sobre los meta-análisis realizados en diferentes dominios de funcionamiento confirman la influencia de la autoeficacia en la adaptación y el cambio humano (Holden, 1991; Holden, Moncher, Schinke, y Bakker, 1990; Multon, Brown, y Lent, 1991; Stajkovic y Luthans, 1998).

La investigación sobre los efectos de la eficacia percibida ha estado mayoritariamente dirigida al ejercicio de la agencia individual. La teoría social cognitiva amplía la concepción de la causalidad de la agencia a la agencia colectiva ejercitada a través de un sentimiento de eficacia compartida (Bandura, 1997). Las personas comparten sus conocimientos, competencias y recursos, se proporcionan apoyo mutuo, forman alianzas y trabajan juntos para solucionar

---

1. Traducción realizada por Mónica García y Susana Llorens. Universitat Jaume I de Castellón, con la autorización de la autora Rocío Fernández-Ballesteros.

problemas, afrontan y mejoran la calidad de sus vidas. Los problemas controlados por medio del esfuerzo colectivo podrían incluir circunstancias personales, tales como la vida laboral, la salud, las relaciones familiares, o problemas sociales de mayor envergadura como son el desempleo, recesiones económicas, crímenes, corrupción y terrorismo.

En la teoría social cognitiva, la eficacia colectiva percibida se define como una creencia compartida del grupo en sus capacidades conjuntas para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para producir determinados niveles de logros (Bandura, 1997). Debido a las dinámicas sociales interactivas, coordinadas, y sinérgicas, la eficacia colectiva percibida se construye como un atributo emergente a escala de grupo más que una simple agregación de eficacias individuales percibidas.

La eficacia colectiva percibida se ha medido de dos maneras. La primera aproximación consiste en la agregación de las eficacias personales de los miembros del grupo. La segunda aproximación agrega los juicios de los miembros sobre las capacidades del grupo como un todo. Los dos índices de eficacia colectiva están moderadamente correlacionados debido a diferentes razones. Debido a que las personas están socialmente situadas y a menudo de manera interdependiente, en los juicios sobre su eficacia personal ellas consideran que los miembros del grupo contribuyen en sus capacidades personales. Por otra parte, a la hora de juzgar la eficacia colectiva, los miembros del grupo consideran la contribución potencial de miembros clave para los logros colectivos del grupo.

El impacto de la eficacia colectiva percibida sobre los grupos está empeñando a verificarse empíricamente. Algunos de estos estudios evalúan experimentalmente los efectos de la eficacia colectiva percibida a diferentes niveles (Durham, Knight y Locke, 1997; Hodges y Carron, 1992; Prusia y Kinicki, 1996). Otras líneas de investigación examinan los efectos principales de las creencias de eficacia colectiva que ocurren de forma natural utilizando diseños multivariados. Estos últimos estudios abarcan diversos sistemas sociales, incluyendo la eficacia colectiva en sistemas educativos (Bandura, 1993) equipos de atletismo (Carron, 1984; Feltz y Lirgg, 1998; Mullen y Cooper, 1994; Spink, 1990), equipos de combate (Lindsley, Mathieu, Heffner y Brass, 1994), vecindarios urbanos (Sampson, Raudenbush, y Earls, 1997), organizaciones de negocios (Gibson, 1995; Hodges y Carron, 1992; Little y Madigan, 1994), y sistemas políticos (Pollock, 1983; Seligson, 1980).

El presente estudio ha aportado una serie de resultados diseñados para clarificar la estructura de la eficacia colectiva percibida, sus determinantes socioeconómicos y la relación de la eficacia personal percibida para controlar las circunstancias particulares de la vida de cada uno, con la eficacia colectiva percibida para efectuar cambios en los problemas comunes de la sociedad. Con respecto a la estructura de las creencias de eficacia, la eficacia personal perci-



bida ha resultado ser más de tipo disposicional y multifacética que disposicional de manera global (Bandura, 1997). Sin embargo, la estructura de la eficacia colectiva socialmente orientada no ha sido examinada. En los dominios personales examinados en este estudio, los participantes juzgaron su eficacia para ejercer control sobre su propia vida laboral, salud, finanzas, y relaciones con su esposa o pareja. En los dominios sociales, los participantes juzgaron su eficacia para mejorar las condiciones sociales referentes al desempleo, crisis económicas, corrupción, actividades criminales, de drogas y terrorismo. Así, se esperaba que la eficacia colectiva percibida mostrara una estructura multifacética tal y como es la autoeficacia personal.

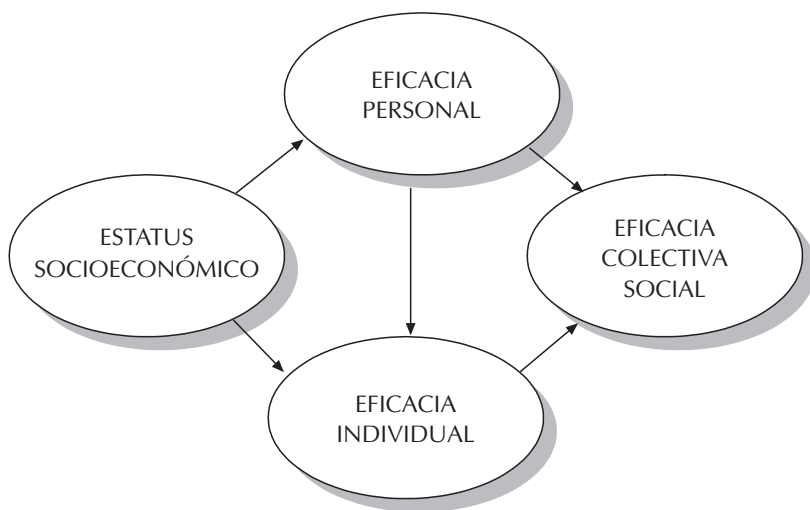
La teoría social cognitiva rechaza un dualismo entre la agencia personal y la estructura social (Bandura, 1986, 1997). Las influencias socio-estructurales operan mayoritariamente a través de mecanismos psicológicos para producir efectos sobre la conducta. Las pruebas realizadas sobre esta estructura causal integrada proporcionan evidencia para confirmar que el impacto del estatus socioeconómico sobre el funcionamiento psicosocial está mediado por las aspiraciones y las creencias de eficacia para ejercitar algún grado de control sobre las circunstancias de la vida de cada persona (Bandura, Barbaranelli, Caprara, y Pastorelli, 1996, 1999; Elder, 1995). Las ventajas socioeconómicas proporcionan los recursos y acceso a las estructuras que faciliten el desarrollo y el ejercicio de la eficacia personal y colectiva. A nivel colectivo, las personas de bajo estatus socio-económico se sienten políticamente ineficaces, mientras que aquellas con alto estatus creen que pueden influir en las políticas y prácticas del Gobierno, debido a que estas personas poseen fuertes lazos comunales (Steinberger, 1981).

Los impedimentos sociales y las prácticas de socialización contribuyen a las diferencias de género en cuanto a la percepción de eficacia en temas políticos (Bandura, 1997). Aunque no hay diferencias por género en la juventud, en la madurez son las mujeres las que se sienten menos eficaces políticamente que los hombres (Campbell, Gurin, y Miller, 1954). En el presente estudio, se esperaban diferencias por género en eficacia colectiva percibida en cuanto a la posibilidad de alterar las condiciones sociales, pero no a nivel de la vida personal y familiar donde las mujeres pueden ejercer mayor control directo.

El efecto de la edad en la eficacia colectiva percibida no ha sido estudiada de manera sistemática. Dado que la mayoría de los problemas sociales son recurrentes o crónicos, es más probable que los participantes mayores los perciban como resistentes a las iniciativas colectivas. Por otro lado, la experiencia puede también ofrecer sabiduría o perspectivas más amplias que pueden ayudar a mantener ese sentimiento de eficacia, especialmente bajo circunstancias difíciles. No se propusieron hipótesis directas debido a que la mayoría de factores condicionales que gobiernan la eficacia afectan a la variable de edad, tales

como el tipo, magnitud y resultados de las experiencias de afrontamiento pasadas, y el contexto histórico en que ellos ocurren.

El presente estudio examina tres formas diferentes de eficacia percibida: eficacia percibida para controlar las circunstancias de la propia vida (*eficacia percibida*); eficacia individual percibida para mejorar las condiciones sociales (*eficacia individual social*); y eficacia colectiva percibida para mejorar las condiciones sociales a través de las iniciativas del grupo (*eficacia colectiva social*). La figura 1.2.1 presenta un modelo estructural que especifica el impacto del estatus socioeconómico sobre la eficacia percibida, y las relaciones de influencia entre las tres formas de eficacia consideradas.



**Figura 1.2.1.** Modelo teórico de la estructura causal de las relaciones de influencia del estatus socioeconómico y de la eficacia personal percibida sobre la eficacia colectiva percibida

En la primera relación que se observa en el modelo conceptual, las ventajas socioeconómicas incrementan las creencias de las personas en su eficacia personal para controlar los diferentes aspectos propios de las circunstancias de su vida personal y tienen un impacto sobre otras condiciones sociales más amplias. Debido a las razones expuestas anteriormente, se hipotetizó que el estatus socioeconómico sólo afecta a la eficacia colectiva percibida indirectamente a través de su influencia sobre la eficacia personal percibida y la eficacia social individual. Las creencias de las personas de que pueden realizar cambios sociales si trabajan juntos es, a la larga, la base de la autoeficacia percibida de sus miembros. Uno no puede fácilmente crear una fuerza colectiva fuerte si los miem-

bros se encuentran plagados por un profundo sentimiento de autoduda. Las personas con baja autoeficacia perciben pocas oportunidades para ejercitar el control o bien, si ellos lo intentan se convencen fácilmente de la inutilidad de realizar tal esfuerzo para lo que encuentran obstáculos difíciles (Bandura, 1997). En la segunda relación en el modelo estructural, tanto la eficacia social personal como la individual promueven un sentimiento de eficacia colectiva para mejorar las condiciones de la vida social.

## 2. Método

### 2.1. Participantes

La muestra está formada por 1.214 sujetos españoles. El rango de edad oscila entre 18 y 91 años. El 52% son mujeres y el 48%, hombres. El estatus socioeconómico de la muestra está distribuido de la siguiente manera: 19% de estatus socioeconómico alto, 55% medio y 24% bajo.

El estatus socioeconómico comprende tres índices, que incluyen el nivel educacional y el estatus social de los sujetos. La última medida está basada en el índice de Galtung (1984) que combina factores como la naturaleza del puesto, estatus socioeconómico y el lugar residencial estimado a través de la red de inmigración y emigración de los diferentes municipios. Además del estatus personal de los sujetos, el estatus socioeconómico familiar se midió en términos de ingresos y nivel ocupacional.

### 2.2. Procedimiento

Para garantizar una muestra representativa nacional, los sujetos que formaron parte del estudio se seleccionaron a partir de 17 provincias españolas, y dentro de cada provincia en cinco categorías de municipios en función del tamaño del mismo. Una vez los municipios se seleccionaron aleatoriamente a partir de listas estadísticas oficiales, los censos de cada región fueron también seleccionados aleatoriamente y ocho participantes se eligieron de cada uno. Después de seleccionar una vivienda, se identificó al responsable del hogar mayor de 18 años. Los sujetos fueron seleccionados teniendo en cuenta las tablas de Kish (Kish, 1965), entrevistándose sólo a una persona en cada hogar.

El procedimiento de muestreo se basó en uno diseñado por la agencia Análisis Sociológicos, Económicos y Políticos, que mensualmente llevan a cabo encuestas nacionales. Una red nacional profesional seleccionó a los entrevistadores, *intercampo*, que realizaron las entrevistas de campo. Había 60 entrevistadores, la mitad de ellos hombres y la otra mitad mujeres.

### 2.3. Evaluación de la eficacia percibida

Para evaluar el grado de eficacia percibida hacia diferentes dominios del funcionamiento, se usaron tres grupos de escalas de autoeficacia de 5 ítems cada una (Fernández-Ballesteros, 1998).

Para evaluar la *eficacia personal percibida* (EP), los sujetos puntuaban su capacidad percibida para manejar demandas comunes en su vida diaria. Éstas incluían actividades relacionadas con la familia, sus relaciones, trabajo y finanzas personales y salud.

Se evaluaron dos formas de eficacia para manejar situaciones sociales. Para medir *eficacia individual social* (EIS), los sujetos valoraron sus capacidades percibidas para contribuir de manera individual en la mejora de problemas sociales importantes y se sumaron tales valoraciones. En la evaluación de la *eficacia colectiva social* (ECS) los sujetos valoraron las capacidades de la sociedad como un todo para realizar mejoras deseadas en las condiciones sociales importantes. Éstas incluían desempleo, corrupción, actividades criminales y drogas, crisis económicas y terrorismo. Estos cinco problemas sociales se seleccionaron basándose en estudios generales que se estaban realizando al mismo tiempo que el presente estudio se realizó (Díez-Nicolás, 1995).

Las evaluaciones de la eficacia percibida se realizaron a través de entrevistas llevadas a cabo en los hogares de los participantes. Para cada uno de los ítems los sujetos puntuaban la fuerza de su eficacia para manejar diferentes dominios de actividad utilizando una escala de 5 puntos.

## 3. Resultados

### 3.1. Análisis exploratorios

La estructura factorial subyacente a los ítems que miden los diferentes tipos de eficacia percibida se evaluaron realizando un análisis factorial de componentes principales. En la tabla I.2.1 se presentan los resultados de este análisis. Los valores para los siete primeros factores fueron 6.53; 2.73; 1.56; .76; .57; .54; .43. Sólo los primeros tres índices tienen un valor mayor que 1. Por lo tanto, se extrajeron tres factores y se sometieron a un procedimiento de rotación oblicua (*oblimin* directo). Los factores identificados corresponden a las tres formas de eficacia percibida señaladas a nivel conceptual (EP, EIS, ECS). Estos tres factores explican un porcentaje sustancial del total de la varianza (72%) con todos los pesos factoriales superiores a .70. Los coeficientes de fiabilidad alpha fueron de .83, .94 y .92 para las escalas de EP, EIS, ECS, respectivamente.

**Tabla I.2.1.** Resultados factoriales para las diferentes formas de eficacia percibida individual y colectiva

Ítems	Factores		
	Factor 1	Factor 2	Factor 3
<b>Eficacia personal</b>			
Familia	.07	.02	.72
Pareja	.03	-.06	.80
Trabajo	.00	-.08	.81
Finanzas	-.30	.05	.76
Salud	.01	.10	.76
<b>Eficacia individual social</b>			
Corrupción	-.04	.89	.00
Desempleo	-.01	.87	.02
Crimen/Drogas	.02	.87	.01
Crisis Económicas	.01	.89	-.02
Terrorismo	.06	.79	.00
<b>Eficacia colectiva social</b>			
Corrupción	-.91	.02	-.02
Desempleo	.89	-.00	.00
Crimen/Drogas	.91	-.01	.02
Crisis Económicas	.89	.02	.01
Terrorismo	.89	-.01	-.01
Porcentaje de la varianza explicada	27.03	25.18	19.92

### 3.2. Impacto de los factores sociodemográficos en la eficacia personal y colectiva

En la tabla I.2.2 se presenta la media de los índices de eficacia percibida personal y eficacia colectiva en función de la edad, género y estatus socioeconómico.

**Tabla 1.2.2.** Medias y desviaciones típicas de las diferentes formas de eficacia percibida como una función de factores sociodemográficos

	Formas de eficacia percibida					
	Eficacia personal		Eficacia individual social		Eficacia colectiva social	
	X	D.T	X	D.T	X	D.T
Total	3.27	.91	1.57	.84	1.97	.96
Género						
Hombre	3.26	.91	1.65	.90	2.03	1.01
Mujer	3.29	.91	1.49	.78	1.90	.91
Edad						
18-29	30.25	.88	1.68	.90	2.05	.97
30-49	3.30	.93	1.61	.88	1.99	.98
50-64	3.28	.90	1.52	.81	1.90	.91
65-91	3.25	.93	1.38	.68	1.86	.95
Estatus socioeconómico						
Bajo	3.10	.94	1.45	.75	1.86	.87
Medio	3.26	.91	1.54	.81	1.92	.96
Alto	3.56	.78	1.83	.98	2.23	1.02

Para evaluar el impacto de las variables sociodemográficas en la eficacia percibida personal y en la eficacia colectiva, se llevó a cabo un ANOVA mixto de 4 vías con las variables género, estatus socioeconómico y edad, tanto entre factores y formas de eficacia percibida como intra-sujetos. Siempre que la prueba F global fuera significativa, se analizó el origen de esas diferencias de medias mediante la prueba *post hoc* de Tukey (ver tabla 1.2.3).

**Tabla 1.2.3.** Grado de eficacia percibida sobre actividades de diferentes dominios en función de factores sociodemográficos

	Eficacia personal					Eficacia percibida social									
	Familia	Pareja	Trabajo	Finanzas	Salud	Corrupción		Desempleo		Delincuencia Drogas		Crisis económicas		Terrorismo	
						EIS	ECS	EIS	ECS	EIS	ECS	EIS	ECS	ECS	ECS
<b>Total</b>	3.56	3.71	3.10	2.84	3.17	1.59	2.02	1.58	2.01	1.64	2.11	1.52	1.87	1.51	1.82
<b>Género</b>															
<b>Hombre</b>	3.49	3.67	3.10	2.85	3.19	1.68	2.07	1.66	2.08	1.75	2.20	1.58	1.92	1.60	1.89
<b>Mujer</b>	3.62	3.74	3.10	2.84	3.15	1.51	1.98	1.50	1.94	1.53	2.01	1.47	1.82	1.42	1.75
<b>Edad</b>															
<b>18-29</b>	3.57	3.66	2.90	2.77	3.35	1.69	2.10	1.67	2.08	1.78	2.19	1.62	1.95	1.63	1.95
<b>30-49</b>	3.57	3.69	3.12	2.87	3.27	1.62	2.03	1.63	2.02	1.70	2.17	1.54	1.87	1.57	1.85
<b>50-64</b>	3.49	3.79	3.20	2.84	3.07	1.58	2.01	1.54	2.00	1.58	1.98	1.49	1.83	1.41	1.69
<b>65-91</b>	3.60	3.71	3.26	2.90	2.82	1.41	1.91	1.41	1.91	1.40	2.00	1.37	1.80	1.33	1.71
<b>Estatus socioeconómico</b>															
<b>Bajo</b>	3.41	3.54	2.99	2.70	2.85	1.49	1.89	1.45	1.96	1.48	1.92	1.41	1.77	1.41	1.75
<b>Medio</b>	3.52	3.73	3.08	2.79	3.19	1.54	1.98	1.57	1.97	1.61	2.08	1.48	1.81	1.48	1.77
<b>Alto</b>	3.87	3.85	3.85	3.21	3.54	1.86	2.30	1.79	2.20	1.95	2.41	1.79	2.16	1.73	2.08

Los análisis de varianza revelan efectos principales significativos para la eficacia percibida,  $F(2, 2062) = 917.46, p < .0001$ , y el estatus socioeconómico,  $F(2, 1031) = 22.08; p < .0001$ . Los sujetos tuvieron sentimientos de eficacia más fuertes para manejar las circunstancias de su vida personal que para ejercer control individualmente o colectivamente sobre los problemas sociales. Sin embargo, en el terreno social, los sujetos se juzgaron a sí mismos como más eficaces para resolver problemas sociales como grupo más que de forma individual. Además, las comparaciones entre pares de medias para identificar la fuente de las diferencias socioeconómicas, indicaron que los sujetos con estatus socioeconómico alto tuvieron un sentimiento más fuerte de eficacia que los de estatus socioeconómico medio y bajo, los cuales no presentaron diferencias entre ellos. Cuando se tuvieron en cuenta las diferencias por áreas, este patrón se obtuvo para la eficacia social individual y la eficacia social colectiva. Pero en el caso de la eficacia personal, se mostraron diferencias significativas entre los tres grupos de estatus socioeconómico (alto, medio, bajo).

Además, se obtuvo un efecto de interacción de primer orden para las diferentes formas de eficacia en función de la edad,  $F(4, 2062) = 3.97, p < .01$ . Comparado con los sujetos más mayores, los más jóvenes tuvieron un sentimiento de eficacia menor para manejar las circunstancias de su vida personal, pero mayor para producir cambios sociales.

Los análisis de varianza realizados sobre la eficacia percibida personal en las diferentes áreas revelaron efectos significativos principales por áreas,  $F(4, 4436) = 116.36, p < .001$ , y por edad,  $F(2, 1109) = 3.18, p < .05$ , debido a una interacción significativa entre edad x área,  $F(8, 4436) = 4.23, p < .001$ . Las personas se juzgaron a sí mismas como más eficaces para manejar asuntos relacionados con la vida familiar que para controlar su vida laboral o su salud. No se encontraron diferencias significativas por edad en cuanto a la eficacia percibida para manejar asuntos de familia y salud, pero los más jóvenes tuvieron una sensación menor de eficacia para controlar su vida laboral, relaciones íntimas y finanzas que los sujetos más mayores.

Los análisis de la varianza realizados para las diferentes formas de eficacia percibida agregada en cuanto a las diferentes áreas tuvieron un efecto de interacción significativo entre género y las diferentes formas de eficacia  $F(2, 2062) = 5.54, p < .01$ . Comparado con los hombres, las mujeres se juzgaron a sí mismas como igualmente eficaces para manejar las circunstancias diarias de la vida pero con menor eficacia para producir cambios sociales, ni individual ni colectivamente.

#### 4. Conclusiones

Los resultados del presente estudio han permitido mejorar nuestra comprensión sobre la estructura multifacética de las creencias de eficacia per-



sonal y colectiva, sus correlatos demográficos, determinantes socioeconómicos y la relación de la eficacia personal percibida para controlar las circunstancias de la vida de cada uno y la eficacia colectiva percibida para efectuar cambios sociales deseados. Las creencias de eficacia varían en amplitud en función de si el objeto de cambio son los problemas sociales o los problemas personales. Las personas tienen un sentimiento de eficacia más fuerte para controlar distintos aspectos de su vida en su ambiente inmediato que para producir cambios sobre los problemas de la esfera social.

Las personas pueden poner de manifiesto que su influencia es más efectiva cuando trabajan juntos que de forma aislada. Lo cual se consigue compartiendo sus recursos, conocimiento especializado y competencias y proporcionando el apoyo mutuo necesario para mantener esfuerzos colectivos que permitan afrontar dificultades recurrentes que inevitablemente se producen en el proceso de cambio social. De hecho, la eficacia colectiva percibida de las personas que actúan de forma individual es más débil que su eficacia colectiva percibida cuando estos actúan juntos. Los beneficios de la eficacia colectiva indican una capacidad mutua debido al poder de los miembros del grupo.

La eficacia personal y colectiva representa diferentes niveles de la agencia, pero en cada uno de ellos, la creencia en el poder para producir efectos varía según diferentes facetas o áreas de funcionamiento. A nivel personal, por ejemplo, los individuos se juzgan a sí mismos como más eficaces para controlar su vida personal que su vida laboral, sobre la cuál sólo pueden ejercer un control parcial. A nivel colectivo, creen que pueden jugar un papel más importante en la reducción de la delincuencia que en producir cambios en las crisis económicas o en reducir el terrorismo, lo que podría ser controlado por las fuerzas sociales externas y así resultan menos accesibles para ejercer un control directo. El hecho de que la eficacia colectiva percibida sea multifacética está en la línea de la evidencia que existe respecto de la estructura de las creencias de eficacia que se ha obtenido en otras esferas de funcionamiento (Bandura, 1997; Maddux, 1995; Schwarzer, 1992).

Las diferentes formas de eficacia percibida varían en función de la edad y el género. Los hombres y las mujeres no difieren en su eficacia percibida para controlar su propia vida; sin embargo, los hombres expresan niveles de eficacia más fuertes sobre su capacidad para mejorar su vida a través de las acciones que realizan para efectuar el cambio social. Esta última diferencia podría reflejar parcialmente la elección de dominios de actividad en los cuales los hombres destacan de manera prominente. En esferas de mayor importancia para la vida de las mujeres, tales como los derechos de voto, propiedades, acceso a los sistemas educativos y organizacionales e igualdad de salario en trabajos similares, las mujeres consiguen reformas sociales después de prolongadas luchas a través de acciones colectivas (Bussey y Bandura, en prensa; Jacobs, 1989;

Reskin, 1991). La perseverancia en afrontar obstáculos requiere un sentimiento de resistencia de eficacia colectiva (Bandura, 1997).

Tal y como se señaló previamente, estudios previos revelaron que en la juventud no existen diferencias por género en eficacia política percibida, pero las mujeres adultas se juzgaban a sí mismas como menos eficaces políticamente que los hombres (Campbell, Gurin, y Miller, 1954; Easton y Dennis, 1967). Probablemente, el incremento en la participación de las mujeres en actividades organizacionales, políticas y legislativas es el responsable de la reducción de las diferencias por género en la eficacia percibida para influir en las prácticas institucionales que afectan a la vida social y económica de la sociedad. Sin embargo, la oportunidad para que las mujeres participen en política varía ampliamente de unas culturas a otras.

Las diferencias obtenidas en cuanto a la edad en la eficacia percibida sugieren una posible explicación acerca de por qué los jóvenes son a menudo los protagonistas del activismo político (Bandura, 1973, 1997; Lipset, 1966). Los participantes más jóvenes se juzgaron a sí mismos como más eficaces que sus compañeros mayores para actuar sobre el cambio social. Curiosamente, las diferencias son especialmente evidentes en cuanto a su percepción de lo que ellos pueden contribuir a la eficacia colectiva percibida para influir sobre problemas sociales irresolubles. En el caso de la eficacia colectiva percibida, los jóvenes podrían mejorar su sentimiento de eficacia debido a la capacidad y poder de eficacia de los miembros del grupo. Esto reduciría las diferencias por edad. La falta de juventud no confiere un sentido de eficacia indiscriminada. Los más jóvenes, quienes se encuentran normalmente en el proceso de establecer relaciones estables, buscando una ocupación adecuada, y por presentar inseguridad financiera, expresaron un sentimiento más bajo de eficacia en tales aspectos de su vida que sus compañeros más mayores.

Las vidas están históricamente contextualizadas. Elder (1995) ha señalado que con el paso de los años la vida se va configurando en función de las distintas experiencias que cada individuo vive, experiencias que dependen de la época en la que cada persona viva. Los principales cambios sociopolíticos en España desde un régimen dictatorial a otro democrático produjo experiencias que pueden afectar a la eficacia percibida de manera bastante diferente dependiendo de en qué momento de la vida se encontraban las personas en ese momento. Las diferencias respecto a la edad en eficacia percibida indudablemente no reflejan sólo los cambios en el desarrollo a lo largo del tiempo, sino el impacto de las etapas sociopolíticas. Sin embargo, las experiencias de transición radicales complican el panorama. Mientras que un régimen dictatorial desalienta un sentimiento de eficacia de que uno puede personalmente hacer mucho para realizar cambios sociales, el sistema democrático reavivaría un sentimiento de eficacia colectiva para cambiar el futuro de la sociedad. Esto podría

explicar, parcialmente, por qué los mayores tuvieron niveles más bajos de eficacia individual para promocionar el cambio social que sus compañeros más jóvenes, pero no diferían de ellos en su eficacia percibida para hacerlo de forma colectiva.

De acuerdo con la hipótesis, tanto el estatus socioeconómico como la posición social se acompañaron de altos niveles de eficacia personal y colectiva. El hecho de encontrarse en estatus más aventajados proporcionaba recursos y mayores oportunidades para cultivar un sentimiento de eficacia más robusto. El impacto del estatus socioeconómico sobre la eficacia percibida ha sido verificado en el caso de la eficacia personal (Bandura *et al.*, 1996, 1999; Elder, 1995). El presente estudio amplía este impacto a la eficacia colectiva percibida.

Los resultados de este estudio proporcionan evidencia empírica substancial para afirmar una estructura causal. El estatus socioeconómico incrementa tanto la eficacia personal percibida como la eficacia colectiva individual. Sin embargo, dicho estatus tuvo un impacto mayor sobre la eficacia colectiva individual para realizar cambios sociales que sobre la eficacia para controlar problemas personales y que sobre las creencias de eficacia individual para realizar cambios sociales. Tal y como se señaló previamente, conseguir el cambio social se convierte en el reto más formidable. Ambas formas de eficacia percibida, a su vez, contribuyeron substancialmente a un fuerte sentimiento de eficacia para ejercer control a través de acciones colectivas. De manera contraria a lo que se esperaba, el estatus socioeconómico tuvo un impacto débil y no significativo sobre la eficacia colectiva percibida. Las personas más aventajadas socioeconómicamente podrían percibir su futuro social con menos impedimentos y más oportunidades favorables. Este hecho incrementaría la eficacia colectiva percibida. Sin embargo, la relación entre el estatus socioeconómico y la eficacia colectiva está fuertemente mediada por sus efectos sobre las creencias de las personas acerca de su eficacia personal. Un modelo alternativo que asume que la eficacia colectiva percibida produce la eficacia personal, proporcionó un ajuste a los datos más pobre. La repetición de las relaciones hipotetizadas en función del género ofrece valor añadido a la generalidad del modelo estructural que se proponía. No obstante, las relaciones obtenidas necesitan ponerse a prueba de manera longitudinal.

### 1.3. EMOCIÓN, AUTOEFICACIA Y COGNICIÓN

ROSARIO POY, PILAR SEGARRA, M<sup>a</sup> CARMEN PASTOR,  
SUSANA MONTAÑÉS, M<sup>a</sup> PILAR TORMO Y JAVIER MOLTÓ

Área de Psicología Básica  
Universitat Jaume I

#### 1. Introducción

La emoción forma parte inseparable de nuestra existencia, ya que todo lo que hacemos –incluso lo que menos «afectivo» nos parece, como el procesamiento cognitivo– ocurre en un determinado contexto emocional (Ashby, Isen y Turken, 1999; Öhman y Birbaumer, 1993). Bajo determinadas circunstancias, la influencia de la emoción sobre los procesos cognitivos (y, evidentemente, sobre sus consecuencias conductuales) podría estar mediada por la autoeficacia, es decir, por la creencia del individuo de que posee las capacidades para organizar y llevar a cabo las acciones necesarias para manejar una situación concreta (Bandura, 1986). Quizá sea conveniente justificar esta afirmación.

Las personas basan parte de la evaluación sobre sus propias capacidades en los estados emocionales; por ejemplo, interpretan su ansiedad como un signo de que van a obtener pobres resultados en la tarea implicada. No es extraño, por tanto, que los estados emocionales deprimidos disminuyan la autoeficacia, y que los estados emocionales positivos la incrementen (Bandura, 1994). Si a esto añadimos que la autoeficacia determina las decisiones que tomamos, las metas que nos proponemos, el esfuerzo que invertimos en su consecución, el tiempo que persistimos en ellas cuando nos enfrentamos con obstáculos o con el fracaso, y cómo nos sentimos, parece bastante lógico suponer que un estado emocional específico puede, a través de su efecto sobre la autoeficacia, influir sensiblemente sobre nuestra ejecución en las tareas que estamos realizando en ese mismo momento.

En este trabajo investigamos experimentalmente esta idea: el efecto de la emoción sobre el rendimiento cognitivo, con la autoeficacia como variable mediadora. En concreto, el trabajo estudia cómo la inducción previa de un determinado estado emocional –positivo o negativo– afecta al rendimiento en una tarea que requiere cierta flexibilidad cognitiva (la resolución de anagramas). La inducción del estado afectivo se lleva a cabo manipulando la información sobre el propio rendimiento –buen rendimiento (grupo de afecto positivo) o mal rendimiento (grupo de afecto negativo)– en una tarea de producción de intervalos temporales que el sujeto es inducido a creer que evalúa su nivel de inteligencia. Se planteó la hipótesis de que los sujetos del grupo de afecto posi-

tivo desarrollarían, en comparación con los sujetos del grupo de afecto negativo, una mayor confianza en sus propias capacidades para realizar la tarea de resolución de anagramas, lo cual haría que se esforzaran en mayor medida y persistieran más en la búsqueda de la solución correcta cuando ésta no aparecía inmediatamente (esto es, cuando la tarea era más difícil). Operativamente, este mayor esfuerzo y persistencia se traduciría en que el grupo de afecto positivo, comparado en el grupo de afecto negativo, resolvería correctamente un número mayor de anagramas y, en especial, de los más difíciles, e invertiría menos tiempo en su resolución.

## 2. Método

### 2.1. Sujetos

En este trabajo participaron 53 estudiantes (38 mujeres y 15 varones) de tercer curso de la Licenciatura en Psicología de la Universitat Jaume I de Castellón en el curso académico 1993-1994, en el contexto de una práctica de la asignatura Aprendizaje Humano.

### 2.2. Tareas experimentales y procedimiento

El estudio constaba de dos tareas experimentales que los sujetos realizaban de manera sucesiva ante el ordenador, pero que se les presentaban como totalmente independientes entre sí. Con el primer procedimiento se pretendía inducir un estado afectivo determinado y, con el segundo, evaluar el efecto de esa manipulación experimental sobre el rendimiento cognitivo.

La primera era una tarea de producción de intervalos temporales de 2, 4, 8, 16 y 32 segundos, compuesta por 40 ensayos. Las instrucciones informaban falsamente a los sujetos de que se trataba de una prueba reciente que permitía evaluar, con mucha precisión, el nivel de inteligencia fluida –es decir, el componente innato de la inteligencia–, puesto que varios trabajos de laboratorio habían demostrado la existencia de una elevada correlación entre la inteligencia fluida y la habilidad para producir de forma ajustada intervalos de tiempo cortos. Igualmente se indicaba a los sujetos que al finalizar cada ensayo recibirían información real sobre la calidad de su ejecución en el mismo.

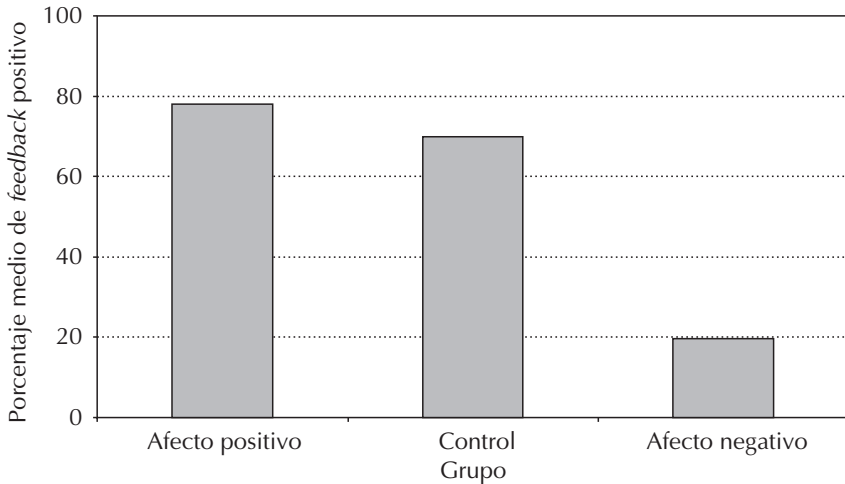
Cada ensayo se iniciaba con la presentación en la pantalla del ordenador de un mensaje de texto, en el que se indicaba al sujeto el intervalo de tiempo (en segundos) que tenía que producir. Éste pulsaba el botón de respuesta para que empezara a contar el tiempo, y volvía a pulsarlo cuando consideraba que ya había transcurrido el intervalo temporal indicado. A continuación, el ordenador proporcionaba *feedback* positivo o negativo sobre la ejecución del sujeto en ese ensayo.

Se diseñaron tres versiones de la tarea de producción de intervalos temporales idénticas en todos los parámetros excepto en lo relativo a la contingencia del *feedback*. En la versión de *feedback* contingente, la información sobre el rendimiento era cierta —es decir, dependía de la exactitud con la que el sujeto había calculado el tiempo indicado. En las otras dos versiones (*feedback* positivo no contingente y *feedback* negativo no contingente), esta información estaba manipulada —es decir, no dependía de la respuesta del sujeto— de manera que era positiva o negativa, respectivamente, en la mayor parte de la tarea. Con esta manipulación se pretendía inducir estados afectivos determinados: puesto que, para los sujetos, el rendimiento en la tarea de producción de intervalos temporales era un indicador del nivel de inteligencia, el sujeto que veía que su respuesta era acertada en casi todos los ensayos iría desarrollando un estado afectivo positivo, mientras que el sujeto que veía cómo su ejecución era incorrecta en la mayor parte de la tarea desarrollaría un estado afectivo negativo. A su vez, se supuso que el estado emocional inducido incrementaría o disminuiría, respectivamente, la eficacia percibida por el sujeto para realizar a continuación una tarea en la que se le exigía una cierta elaboración cognitiva.

Dependiendo de la versión realizada, el sujeto pertenecía a uno de estos tres grupos experimentales:

- Grupo de afecto positivo ( $n = 15$ ): formado por los sujetos que recibieron a lo largo de la tarea aproximadamente un 80% de *feedback* positivo no contingente con su ejecución. Todos los sujetos que realizaban esta versión de la tarea recibían *feedback* negativo en unos ensayos fijos, y *feedback* positivo en el resto siempre que el tiempo producido no se desviara más de un 50% del intervalo indicado. Por ejemplo, si el sujeto tenía que producir un intervalo de 4 segundos y pulsaba la tecla para finalizar el tiempo antes de 2 o después de 6 segundos, recibía *feedback* negativo en ese ensayo.
- Grupo control ( $n = 20$ ): formado por los sujetos que recibieron *feedback* contingente con su ejecución. El sujeto recibía *feedback* positivo cuando el tiempo producido no se desviaba más de un 15% del intervalo indicado (por ejemplo, el programa informático aceptaba como correctos los tiempos comprendidos entre los 3.4 y los 4.6 segundos cuando el intervalo indicado era de 4 segundos). Si el tiempo producido excedía este margen, tanto por exceso como por defecto, el sujeto recibía *feedback* negativo en el ensayo. Como promedio, estos sujetos obtuvieron alrededor de un 70% de *feedback* positivo, con un rango entre el 2.5% y el 95%.
- Grupo de afecto negativo ( $n = 18$ ): formado por los sujetos que recibieron a lo largo de la tarea aproximadamente un 80% de *feedback* negativo no contingente con su ejecución. Todos los sujetos que realizaron esta versión recibieron *feedback* negativo en unos ensayos fijos, y *feedback* positivo en el resto si el tiempo producido no se desviaba más de un 50%

del tiempo indicado, al igual que se ha explicado anteriormente. Tal y como puede observarse en la figura 1.3.1, los sujetos incluidos en este grupo obtuvieron un porcentaje de *feedback* positivo significativamente inferior al de los otros dos grupos experimentales ( $F_{1,31} = 135.06$  y  $F_{1,36} = 115.91$ , respectivamente,  $p < .001$ ).



**Figura 1.3.1.** Porcentaje medio de *feedback* positivo recibido por los sujetos de cada grupo experimental

La asignación de las versiones de la tarea de producción de intervalos temporales a los sujetos se realizó aleatoriamente, con objeto de garantizar la semejanza de los tres grupos en variables distintas a las manipuladas experimentalmente, como la edad o la inteligencia. La ausencia de diferencias significativas entre los tres grupos en el rendimiento académico medio en la asignatura Aprendizaje Humano ( $F_{2,50} = 1.55$ ;  $p = .22$ ) parece indicar que se alcanzó este propósito.

La segunda tarea, que los sujetos realizaban inmediatamente después, consistía en resolver una secuencia –idéntica para todos los sujetos– de 20 anagramas de 5 letras (Ruiz, 1987) que se presentaban a través del ordenador. El tiempo máximo para resolver cada anagrama era de 100 segundos. Si pasado ese tiempo el sujeto no había escrito la solución –empleando el teclado, y pulsando después la tecla de retorno–, el ordenador presentaba automáticamente el siguiente anagrama.

### 2.3. Variables y análisis estadísticos

Con objeto de analizar el efecto del estado emocional inducido previamente sobre el rendimiento en la tarea de resolución de anagramas, se llevó a cabo

un análisis de varianza con el factor Grupo (afecto positivo, control y afecto negativo) sobre cada una de las variables dependientes:

- Número de aciertos (número de anagramas resueltos correctamente).
- Latencia media de respuesta. Es el tiempo promedio invertido en la resolución correcta de los anagramas y corresponde a los segundos transcurridos entre la presentación del anagrama y el final de la respuesta del sujeto (pulsar la tecla de retorno después de haber escrito la solución).
- Ensayos al criterio (número de ensayos necesarios para alcanzar el rendimiento óptimo). Corresponde al primero de tres anagramas consecutivos resueltos correctamente en un tiempo inferior a 20 segundos, y sin que haya errores en los ensayos restantes.

Finalmente se realizaron análisis de varianza con el factor Grupo sobre el número de anagramas fáciles (acertados por más del 95% de la muestra;  $n = 4$ ) y anagramas difíciles (acertados por menos del 50% de la muestra;  $n = 4$ ) resueltos correctamente, y también sobre el tiempo de reacción medio invertido en su solución.

### 3. Resultados

Las medias de las variables dependientes en cada grupo experimental aparecen en la tabla I.3.1, junto con los valores de probabilidad correspondientes al efecto del factor Grupo en los análisis de varianza.

**Tabla I.3.1.** Medias (y desviaciones típicas) de las variables dependientes en cada grupo experimental

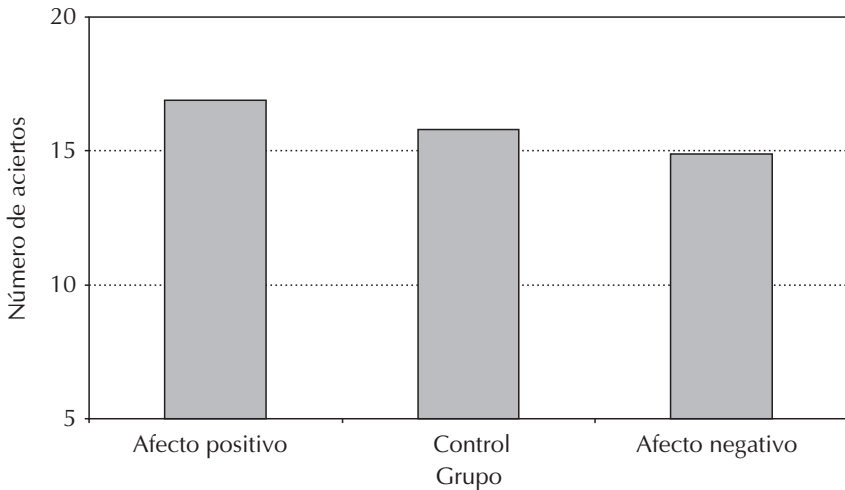
	GRUPO			$F_{2,50}$	$p$
	Afecto positivo	Control	Afecto negativo		
Nº de aciertos					
total de anagramas	16.93 (1.75)	15.75 (2.31)	14.89 (2.81)	3.08	.0550
anagramas fáciles	3.87 (0.35)	4.00 (0.00)	3.83 (0.38)	1.74	.1856
anagramas difíciles	2.53 (0.74)	1.45 (1.00)	1.33 (0.84)	9.09	.0004
Latencia de respuesta (s)					
total de anagramas	17.35 (6.50)	18.13 (4.98)	17.60 (5.07)	0.10	.9099
anagramas fáciles	11.58 (9.21)	9.52 (4.59)	9.22 (3.89)	0.72	.4938
anagramas difíciles <sup>a</sup>	33.36 (22.95)	34.27 (20.07)	39.52 (27.09)	0.32	.7295
Ensayos al criterio (nº de ensayo) <sup>b</sup>	9.40 (6.84)	12.61 (4.20)	13.43 (4.72)	1.98	.1524

<sup>a</sup> El número de sujetos en los grupos control y de afecto negativo fue 17 y 16, respectivamente ( $F_{2,45}$ ).

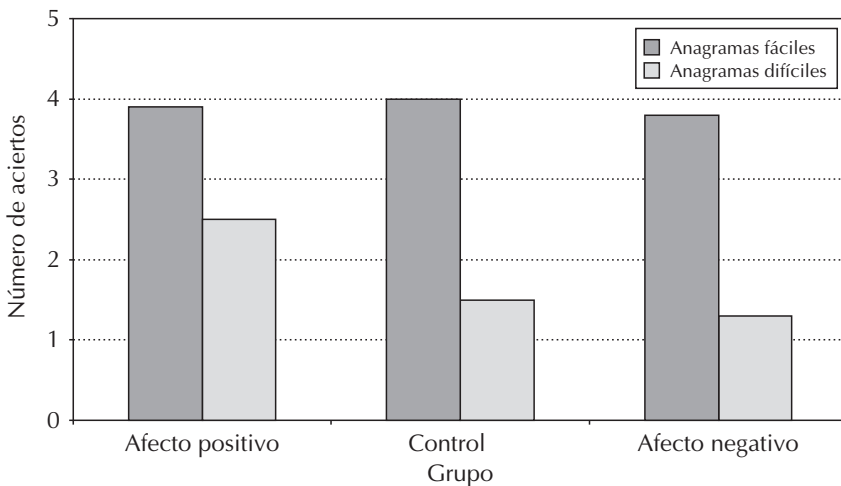
<sup>b</sup> El número de sujetos en los grupos de afecto positivo, control y de afecto negativo fue 10, 18 y 14, respectivamente ( $F_{2,39}$ ).



Las comparaciones simples mostraron que el grupo de afecto positivo resolvió un número mayor de anagramas que el grupo de afecto negativo ( $F_{1,31} = 6.14$ ;  $p < .02$ ) (véase figura I.3.2), y un número mayor de anagramas difíciles que el grupo de afecto negativo y el grupo control ( $F_{1,31} = 15.23$ ;  $p < .001$ ; y  $F_{1,33} = 13.00$ ;  $p < .001$ , respectivamente) (véase la figura I.3.3). Los tres grupos resolvieron correctamente un número muy parecido de anagramas fáciles, como se observa en la tabla I.3.1, e invirtieron un tiempo similar en resolver correctamente los anagramas, tanto considerando el conjunto de la tarea como los anagramas fáciles y difíciles por separado.

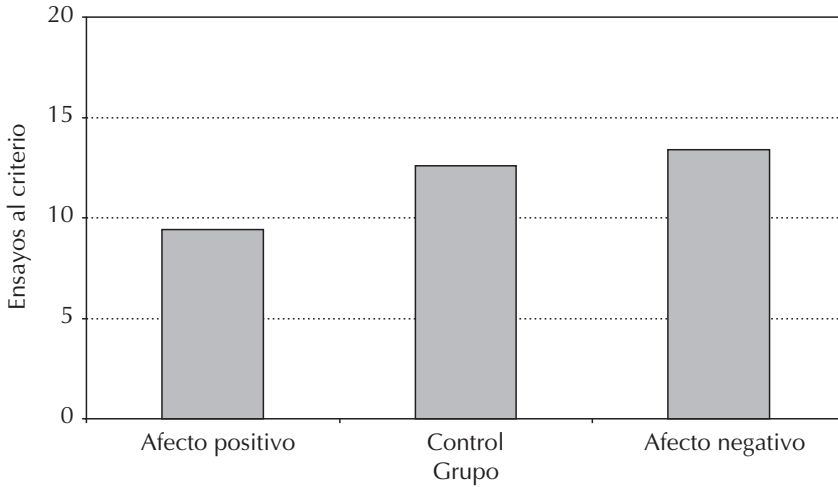


**Figura I.3.2.** Media de anagramas resueltos correctamente por cada grupo experimental



**Figura I.3.3.** Media de anagramas fáciles y de anagramas difíciles resueltos correctamente por cada grupo experimental

Finalmente, los análisis mostraron que el grupo de afecto positivo tendía a alcanzar un rendimiento óptimo antes que el grupo de afecto negativo ( $F_{1,22} = 3.66; p = .06$ ) (véase la figura I.3.4).



**Figura I.3.4.** Promedio de ensayos necesarios para alcanzar un rendimiento óptimo en cada grupo experimental

#### 4. Conclusiones

Los resultados del estudio confirman la hipótesis planteada: los sujetos a los que se les había inducido un estado de ánimo positivo –proporcionándoles un 80% de *feedback* positivo no contingente en una tarea previa de producción de intervalos temporales– mostraron un mejor rendimiento después en la tarea de resolución de anagramas. Efectivamente, en comparación con los sujetos a los que se les había inducido un estado de ánimo negativo, aquéllos resolvieron correctamente más anagramas, en particular de los difíciles, y tendieron a alcanzar antes un rendimiento óptimo en la tarea.

Tal y como se planteaba en la introducción, la explicación de este efecto de la emoción sobre el rendimiento cognitivo podría encontrarse en el papel mediador de la eficacia percibida, al menos en la situación experimental creada en este trabajo. Parece plausible suponer que el estado de ánimo positivo generó un incremento en la autoeficacia que, a su vez, tuvo como consecuencia que los sujetos se enfrentaran a la tarea cognitiva como un reto a superar, y no como a una situación estresante, dedicándole un esfuerzo mayor y persistiendo en ella a pesar de las dificultades –como, por ejemplo, ante los anagramas más difíciles.

Ésta es una conclusión tentativa, puesto que no se evaluó formalmente en ningún momento si se habían inducido estados emocionales claramente distintos en los grupos, ni si existían diferencias en el nivel de autoeficacia debidas a la manipulación experimental del *feedback* en la tarea de producción de intervalos temporales. Sin embargo, los autoinformes verbales de los participantes una vez finalizado el pase experimental de las dos tareas confirmaron indirectamente la efectividad del procedimiento para inducir emociones distintas. Así, los sujetos cuya ejecución en la tarea de producción temporal era calificada de positiva la mayoría de las veces –con lo que eso implicaba para la valoración de su propia inteligencia– refirieron estar más contentos; los sujetos a los que se les proporcionó repetidamente *feedback* negativo en la tarea de producción temporal reconocieron haberse sentido más desanimados. Parece que los sujetos creyeron en ambos casos la información que aparecía en las instrucciones, y asociaron su ejecución en esta tarea con su capacidad intelectual. En suma, la manipulación de la información sobre el éxito y el fracaso en el rendimiento de una tarea de producción temporal que el sujeto es inducido a pensar que evalúa su nivel de inteligencia fluida –mediante instrucciones falsas– demuestra ser un procedimiento útil para la inducción de estados emocionales distintos en el laboratorio.

Además de demostrar la relación entre la emoción y la cognición, estos datos experimentales parecen poner de manifiesto los beneficios adaptativos de tener una visión optimista –sea realista o no– sobre la propia competencia para llevar a cabo una tarea determinada. La cuestión que debería plantearse a continuación sería hasta qué punto es lícito, desde un punto de vista ético, manipular la confianza de la persona en sus propias habilidades –bien mediante la emoción, bien mediante la persuasión social– con objeto de alcanzar mejores resultados.



## **AUTOEFICACIA Y TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y COMUNICACIÓN**

---

- 1. Tecnoestrés y autoeficacia: ¿vinculando lo invulnerable?,  
MARISA SALANOVA**
- 2. Autoeficacia hacia los ordenadores y frecuencia de uso en usuarios de tecnologías de la información,  
SUSANA LLORENS, MARISA SALANOVA y EVA CIFRE**
- 3. Autoeficacia y su relación con el bienestar psicológico y la formación con los ordenadores en usuarios de tecnología,  
M<sup>a</sup> ISABEL BEAS y MARISA SALANOVA**

## II.1. TECNOESTRÉS Y AUTOEFICACIA: ¿VINCULANDO LO INVINCULABLE?

MARISA SALANOVA

Grupo de Investigación WONT  
Universitat Jaume I

### 1. Delimitando el concepto de tecnoestrés

**E**l tecnoestrés está directamente relacionado con los efectos psicosociales negativos del uso de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC). No obstante, la investigación ha mostrado que la exposición a las TIC influye en el bienestar psicosocial de los usuarios en un sentido tanto positivo (por ejemplo, entusiasmo, experiencias óptimas o *flow*) como negativo (por ejemplo fatiga informativa, ansiedad). Hablaríamos de tecnoestrés cuando nos centramos en los efectos negativos del uso de las TIC (Salanova, Cifre y Martín, 1999; 2004). El tecnoestrés se puede definir como:

Un estado psicológico negativo relacionado con el uso de tic o amenaza de su uso en un futuro. Ese estado viene condicionado por la percepción de un desajuste entre las demandas y los recursos relacionados con el uso de las TIC que lleva a un alto nivel de activación psicofisiológica no placentera y al desarrollo de actitudes negativas hacia las TIC.

En esta definición queda reflejado que el tecnoestrés es un resultado de un proceso perceptivo de desajuste entre demandas y recursos disponibles, y está caracterizado por dos dimensiones centrales: 1) síntomas afectivos o ansiedad relacionada con el alto nivel de activación psicofisiológica del organismo, y 2) el desarrollo de actitudes negativas hacia las TIC.

Y en todo este proceso de desajuste, ¿cuál es el papel de las creencias de eficacia hacia la tecnología? Por supuesto, el tecnoestrés está directamente relacionado con los bajos niveles de autoeficacia relacionada con la tecnología. La investigación así lo ha puesto de manifiesto como veremos más adelante. La cuestión es que la autoeficacia juega un rol modulador en el proceso de tecnoestrés, en donde hay percepción de demandas y falta de recursos en el trabajo actual o futuro con la tecnología. Y las creencias de los usuarios en las propias competencias para afrontar con éxito el trabajo con la tecnología desempeñan un rol crucial en el desarrollo del tecnoestrés como veremos en las páginas siguientes. En suma, el tecnoestrés acaba manifestándose en los trabajadores por unas u otras razones tales como el elevado ritmo de innovaciones tecnológicas que nos obliga a un aprendizaje continuado, la sobreabundancia de información que impide asimilarla adecuadamente produciendo el agotamiento mental, y también la dificultad de establecer límites claros entre el trabajo y otros ámbitos como la familia, ya que las TIC nos permiten trabajar «en cualquier momento y en cualquier lugar» potenciando el incremento de la «adicción al trabajo». Todo ello, influye en una percepción de desajuste entre demandas y recursos disponibles para afrontar la tecnología que «puede» precipitar hacia el tecnoestrés (esto es, ansiedad y actitud negativa hacia la TIC).

## 2. ¿Es la autoeficacia un recurso de afrontamiento?

Como he dicho anteriormente, en todo este proceso la autoeficacia juega un papel crucial. La investigación ha puesto de manifiesto el fuerte poder de las propias creencias de eficacia como un recurso personal para hacer frente al tecnoestrés. Estos procesos de agencia humana se enmarcan en la teoría social cognitiva desarrollada por Albert Bandura (1997, 1999, 2001); que define la autoeficacia como las «creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para producir determinados logros» (Bandura, 1997: 3). Estas creencias de autoeficacia han probado ser una variable relevante en la teoría y la investigación sobre el estrés laboral. Además, la investigación en autoeficacia se ha ido centrando cada vez más en la inclusión de diferentes niveles de medida del constructo, por ejemplo, el grado de especificidad (Bandura, 2001; Salanova, Peiró y Schaufeli, 2002). Básicamente se asume que existe un continuo desde la autoeficacia generalizada (Schwarzer, 1999) a tipos más específicos de autoeficacia (Cherniss, 1993; Murphy, Coover y Owen, 1989; Schaubroeck y Merrit, 1997). La investigación previa apoya la necesidad de utilizar medidas específicas de autoeficacia en relación con dominios concretos (Bandura, 1997; Brouwers and Tomic, 1999; Salanova, Peiró y Schaufeli, 2002) ya que se encuentran resultados mucho más robustos. Teóricamente hablando esto es así porque las creencias de eficacia son específicas de un dominio, y así las creencias de eficacia de una persona difieren entre sí

dependiendo de la actividad o dominio a que hacen referencia (Bandura, 1997, 1999). Paradójicamente, a pesar de esta insistencia que aparece en la investigación, no siempre se han tenido en cuenta la variación en niveles de autoeficacia en función de los dominios específicos. En este sentido, por ejemplo en el estudio que realizamos en una muestra de 405 trabajadores que utilizaban TIC en sus trabajos (Salanova, Peiró y Schaufeli, 2002), encontramos un efecto de interacción de tres vías entre demandas y control en el uso de la TIC y autoeficacia con los ordenadores. Este efecto no fue encontrado en el caso de la autoeficacia generalizada. Se confirmó en este estudio el mayor poder modulador de la autoeficacia específica, al compararla con la autoeficacia generalizada. También en otro estudio en donde comparamos el poder amortiguador de dos niveles de autoeficacia (autoeficacia generalizada y autoeficacia profesional) en el tecnoestrés de 140 usuarios de TIC en sus trabajos (Grau, Salanova y Peiró, 2001), encontramos un efecto de interacción de dos vías entre demandas (rutina en el trabajo y conflicto de rol) y autoeficacia. De este modo, los trabajadores tanto con altos como con bajos niveles de autoeficacia profesional mostraron mayores niveles de cinismo cuando la rutina en el trabajo es alto, que en puestos con baja rutina. No obstante, cuando los niveles de autoeficacia son bajos, el incremento en el cinismo es mas alto que cuando los niveles de autoeficacia son altos. Los mismos resultados obtuvimos para el caso de la demanda: conflicto de rol.

### 3. El *burnout* como «crisis de autoeficacia»

La investigación llevada a cabo por el equipo WONT sobre el tecnoestrés, se ha centrado casi exclusivamente en el estudio del *burnout* (agotamiento emocional, cinismo y falta de eficacia profesional) en relación con el uso de las TIC como un indicador del tecnoestrés. El tercer componente del *burnout* –eficacia profesional– se ha criticado como siendo más una variable de la personalidad (Shirom, 1989; Cordes y Dougherty, 1993). Además, desde un punto de vista empírico, la eficacia profesional desempeña un papel distinto (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2001). Por ejemplo, Leiter (1992) muestra que la eficacia profesional es independientemente del agotamiento y del cinismo. Los resultados de un meta-análisis reciente confirman el papel independiente de la eficacia profesional (Lee y Ashforth, 1996). Es más, algunas teorías y modelos sobre el desarrollo del *burnout*, señalan que éste se desarrolla a partir de sentimientos de ineficacia o «crisis de autoeficacia». Por ejemplo, Cherniss (1980, 1993) asume que la falta de confianza en las propias competencias es un factor crítico en el desarrollo del *burnout*. También Leiter (1992) da un paso más allá y considera el *burnout* esencialmente como «crisis en la autoeficacia». Así pues, el *burnout* se relaciona con los sentimientos de incompetencia personal, profesional y colectiva (Grau, Salanova y Peiró, 2001; Salanova, Peiró y Schau-

feli, 2002; Salanova, Llorens, Cifre, Martínez y Schaufeli, 2003). De alguna manera, los sentimientos de ineficacia o autoeficacia negativa, provocados por fuentes tales como las experiencias de fracaso o falta de dominio, conllevan al desarrollo del *burnout*, entendido como una «crisis de autoeficacia».

En este marco, los usuarios de TIC pueden también desarrollar *burnout* en relación con su uso, siendo éste un indicador de tecnoestrés. Estos trabajadores, pueden acabar *burnout*, y sentirse agotados por el uso de la tecnología, manifestar actitudes cínicas respecto a la utilidad de las tecnologías en su trabajo, sintiéndose en todo este proceso poco competentes en el uso de la TIC. No obstante, existen pocos estudios que han estudiado las relaciones entre el uso de las TIC y el *burnout*. Por ejemplo, Schaufeli, Keijsers y Reis-Miranda (1996) encontraron entre enfermeras de unidades de cuidados intensivos que había una relación positiva entre *burnout* y uso de nueva tecnología (un equipo complejo de ventilación asistida por ordenador). De este modo, a mayor uso de esta tecnología más *burnout*. Salanova y Schaufeli (2000) mostraron que la valoración de la experiencia con la TIC medió el efecto de la exposición a la tecnología y el *burnout*. Por su parte en Salanova, Grau, Cifre y Llorens (2000) encontramos que la autoeficacia hacia los ordenadores moderó la relación entre formación en ordenadores y cinismo. De esta forma, los trabajadores con baja autoeficacia hacia los ordenadores mostraron mayor *burnout* cuando acabaron la formación específica que antes de empezar. En cambio, los trabajadores con mayores niveles de autoeficacia hacia los ordenadores, a mayor exposición a la formación en ordenadores, menor *burnout*. Estos resultados pusieron de manifiesto que la formación hacia los ordenadores no es la panacea que lo «cura» todo, sino que depende de los niveles previos de autoeficacia de los formandos. Por eso, es necesario que en el *pre-training* se evalúen los niveles de autoeficacia, ya que según nuestros estudios, cuando los niveles previos son bajos, la formación se convierte en un estresor más incrementando los niveles de *burnout*. Es decir, si uno cree que no va a ser capaz de realizar bien la tarea con el ordenador y en nuestro caso, aprovechar la formación, el hecho de enfrentarse con aquello que teme (la tecnología) hace incrementar los niveles de tecnoestrés, entendido aquí como aumento del *burnout* en el uso de la tecnología.

#### 4. Abriendo camino hacia lo «colectivo»: la eficacia colectiva percibida

Otro desarrollo reciente en la investigación sobre la autoeficacia ha sido el estudio de su carácter colectivo. Así la teoría social cognitiva ha extendido la concepción de agencia humana a la agencia colectiva. La eficacia colectiva percibida se define como la creencia grupal compartida sobre las competencias conjuntas para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para producir niveles dados de resultados (Bandura, 1997). Tal y como Bandura ha



señalado (1999) el desempeño de un grupo es el producto las dinámicas coordinadas e interactivas de sus miembros. Así pues, la eficacia colectiva percibida no es la mera suma de las creencias de eficacia individuales, sino más bien es una propiedad emergente del grupo. Pero aunque la eficacia colectiva percibida y la autoeficacia difieren en el nivel de agencia, ambos tipos de creencias tienen funciones similares y operan a través de los mismos procesos psicosociales (Bandura, 2001). Por ejemplo, la investigación ha puesto de manifiesto que cuando las personas tienen niveles más altos de eficacia colectiva percibida, la ejecución del grupo es mayor (Bandura, 1993; Gibson, 1995; Hodges y Carron, 1992; Sampson, Raudenbush y Earls, 1997). Además también, igual que ocurre con los niveles individuales de autoeficacia, la eficacia colectiva percibida a nivel de grupo actúa también como un amortiguador del estrés ocupacional al funcionar como un recurso que utilizan para afrontar, por ejemplo, nuevos sistemas tecnológicos. También la eficacia colectiva percibida puede actuar como amortiguador al proveer a las personas del grupo con los medios necesarios para reducir las demandas laborales (Jex y Bliese, 1999). Por último, similar también al caso de la autoeficacia, la eficacia colectiva percibida puede potenciar el bienestar colectivo del grupo y su desempeño (Jex y Bliese, 1999; Schaubroeck, Lam, y Xie, 2000). En este sentido, un experimento longitudinal realizado por el grupo WONT (Salanova *et al.*, 2003) en una muestra de 28 grupos (18 utilizando chat-internet en su interacción y 10 grupos control trabajando cara-a-cara) encontramos claramente este efecto amortiguador de la eficacia colectiva percibida en la relación entre demandas laborales (presión temporal por realizar la tarea y uso de nueva tecnología) y tecnoestrés (ansiedad colectiva). Los grupos trabajando bajo presión temporal y con bajos niveles de eficacia colectiva, mostraron un incremento de la ansiedad colectiva en tiempo 2. Además el desempeño colectivo fue peor en los grupos que utilizaron el chat-internet, que trabajaban además bajo presión temporal y con bajos niveles de eficacia colectiva percibida, que en el resto de los grupos.

### 5. Los «potenciadores» de las creencias de eficacia

Pero la autoeficacia no se construye de la nada sino basándose en los juicios sobre las propias capacidades. Según la teoría social cognitiva, las principales fuentes de autoeficacia y de eficacia colectiva son cuatro, a saber, experiencias de éxito (*mastery experiences*), la experiencia vicaria, la persuasión verbal y por último, los estados emocionales y somáticos. Entre todas estas fuentes de las creencias de eficacia destacan las experiencias de éxito o dominio. El éxito repetido en determinadas tareas aumenta las evaluaciones positivas de autoeficacia mientras que los fracasos repetidos las disminuyen. Un sentido resistente de eficacia requiere experiencias en sobrellevar los obstáculos a través

del esfuerzo y la perseverancia. La segunda manera de crear y fortalecer las creencias de eficacia es a través de la experiencia vicaria desde los modelos sociales. Si se ve a gente similar tener éxito debido a su esfuerzo sostenido, aumenta las creencias de los observadores de que ellos también tienen las competencias adecuadas para llegar al éxito. Por su parte, la persuasión verbal es la tercera fuente de autoeficacia. Las personas persuadidas verbalmente de que ellos poseen las competencias para alcanzar con éxito determinadas acciones, tienen más probabilidad de realizar mayores esfuerzos y persistir en las adversidades, que las personas que tienen dudas y se centran en problemas personales. Finalmente, la gente difiere también en cómo interpretan sus estados emocionales y somáticos, y esos estados emocionales influyen también en los propios juicios de las propias competencias. Las emociones positivas aumentan la eficacia percibida, y las emociones negativas la disminuyen.

En el seno del equipo WONT hemos estudiado principalmente dos fuentes de autoeficacia: las experiencias de dominio y los estados emocionales y somáticos. En nuestros estudios hemos puesto de manifiesto el modelo espiral «hacia arriba» y «hacia abajo» de la autoeficacia en muestras de 353 estudiantes universitarios españoles y belgas (Salanova, 2003; Salanova, Bresó y Schaufeli, en prensa); en estudios longitudinales con 248 profesores de enseñanza secundaria (Llorens, García, Cifre y Salanova, 2003), y en 26 grupos de laboratorio (Cifre, Salanova, Llorens y Martínez, 2002; Martínez, Salanova, Llorens y Cifre, 2003). Diversos modelos de ecuaciones estructurales muestran apoyo empírico al modelo «hacia abajo» del *burnout* como «crisis de autoeficacia» y al modelo «hacia arriba» del *engagement* como «motor de autoeficacia». También los resultados muestran apoyo empírico a la mediación de la autoeficacia entre el éxito pasado y los niveles de *burnout* y de *engagement* que a su vez predice la autoeficacia en el éxito académico futuro; o a la mediación de la eficacia colectiva percibida entre emociones colectivas positivas (como el entusiasmo, la satisfacción y confortabilidad) y el desempeño y vinculación psicológica del grupo. En nuestros estudios hemos ofrecido evidencia empírica también sobre el modelo espiral de la autoeficacia como un círculo vicioso (con la autoeficacia negativa) como un círculo virtuoso (con la autoeficacia positiva) (Salanova, Bresó y Schaufeli, en prensa). Además se ha puesto de manifiesto que las experiencias de dominio u éxito son una fuente de autoeficacia positiva. De este modo, también hemos puesto de manifiesto la «parte positiva» del uso de la tecnología.

## 6. Acabando en «positivo»: sobre los efectos positivos de la tecnología

Estudios recientes muestran también la existencia de efectos positivos del uso de tecnologías sobre el bienestar psicológico y las experiencias óptimas en

el trabajo (*flow*). El término *flow* es utilizado para describir los mejores sentimientos (Czikszentmihalyi, 1990) y las experiencias más agradables en la vida humana, como «el máximo de la existencia». Por definición *flow* es un estado psicológico en el cual un individuo se siente cognitivamente eficaz, motivado y feliz. Cuando se experimenta el estado de *flow*, la persona empieza a estar absorta en su actividad, y deja atrás pensamientos irrelevantes. Es un estado de «experiencia óptima». *Flow* es un concepto relativamente nuevo en el ámbito de la Psicología, y que junto a otros aspectos positivos de la experiencia humana como la felicidad, el bienestar, el optimismo, y la satisfacción, parecen estar provocando un cambio en el objeto de la Psicología en los últimos tiempos, pasando de una Psicología que se centra en tratar los problemas y la intervención (por ejemplo, estrés, trastornos psicológicos) a una Psicología más positiva en donde se trata de optimizar y potenciar el bienestar y la felicidad en las vidas de las personas. Dos números monográficos sobre psicología positiva han sido ya publicados en la *American Psychologist* en 2000, volumen 55, número 1 (enero) y en 2001 en el volumen 56, número 3 (marzo). El primero consta de 15 artículos que tratan sobre temas relacionados con la felicidad, los efectos de la autonomía y la auto-regulación, cómo el optimismo y la esperanza afectan la salud, qué caracteriza la sabiduría, y cómo se desarrollan el talento y la creatividad. El segundo monográfico de 2001 no es realmente un monográfico pero contiene 5 artículos sobre la psicología positiva, tratando cuestiones como: por qué es necesaria una psicología positiva, el rol de las emociones positivas en la psicología positiva, la resistencia psicológica, por qué hay personas más felices que otras, y la búsqueda del optimismo realista. Pero si el estudio de las experiencias óptimas en el trabajo es relativamente reciente en la Psicología, todavía lo es más en los estudios sobre efectos del uso de TIC. Investigaciones recientes sobre esta temática han puesto de manifiesto que la *web* supone un tipo de actividad que puede facilitar la ocurrencia de experiencias óptimas (Chen, Wigand y Nilan, 1999). Por ejemplo, se ha encontrado (Chen *et al.*, 1999) que la ocurrencia de este tipo de experiencias se produce en el ambiente de la *web* en donde los usuarios de Internet tienen experiencias de disfrute, agrado, retos a alcanzar, control sobre el sistema, y absorción en el tarea («mientras el tiempo pasa volando»). Otros estudios recientes vienen a enfatizar los efectos positivos del uso de TIC. De este modo, se ha encontrado que su uso incrementa el entusiasmo individual y del grupo por la tarea (Cifre *et al.*, 2002); produce una reducción del cinismo, y del incremento de la autoconfianza y obtención de metas (Salanova y Schaufeli, 2000); aumenta la motivación y autoeficacia (Coffin y MacIntyre, 1999). De este modo, cuando la implantación y el uso de TIC supone un aumento de recursos en el trabajo (aumento de la autonomía, del clima de apoyo social en la organización y de los niveles de competencias), éstos actúan como motivadores laborales que influyen en un aumento del vigor

y la energía desarrollada en el trabajo, la dedicación y la implicación en las tareas (*engagement*). Ello a su vez, repercute en la posibilidad de incrementar las experiencias óptimas en el trabajo (Chen *et al.*, 1999). La psicología positiva, o más concretamente la POP (psicología organizacional positiva) reaparece en el horizonte de la investigación psicosocial con gran fuerza, siendo una prometedora apuesta de futuro.

## II.2. AUTOEFICACIA HACIA LOS ORDENADORES Y FRECUENCIA DE USO EN USUARIOS DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN

SUSANA LLORENS, MARISA SALANOVA Y EVA CIFRE

Grupo de Investigación WONT

Universitat Jaume I

### 1. Introducción

El impacto de los ordenadores en nuestra sociedad y en concreto en el contexto laboral se ha visto incrementado en los últimos años. La investigación tradicional muestra que la exposición a las tecnologías puede influir en el bienestar tanto negativa como positivamente (Bohlin y Hunt, 1995; Igbaria y Chakrabarti, 1990). Sin embargo, estudios recientes han encontrado que la mera exposición a la tecnología per se no es responsable de las consecuencias sobre la salud de los usuarios (Cifre, 2000; Korunka y Vitouch, 1999). En este sentido, Majchrzak y Boris (1998) y Salanova y Schaufeli (2000) señalan que la presencia de variables como la valoración de los ordenadores y las actitudes positivas hacia los mismos parecen influir en el afecto psicológico de los usuarios de la tecnología (Salanova, Cifre y Martín, 1999; Salanova, Peiró y Schaufeli, 2002; Salanova y Schaufeli, 2000), en las cogniciones y conducta de los usuarios (Melone, 1990), en la aceptación de los ordenadores (Igbaria, 1993) y en la frecuencia de uso (Igbaria y Chakrabarti, 1990). En este sentido, Davis (1993) e Igbaria (1993) argumentan que la falta de aceptación por parte de los usuarios o la frecuencia de uso resultan impedimentos para el éxito de los sistemas de la información. En el presente estudio, la frecuencia de uso se considera un indicador de la aceptación de la tecnología. Dado que la autoeficacia hacia los ordenadores se considera una variable relevante en la investigación reciente, se sugiere que esta variable podría funcionar como moderador entre las percepciones de la tecnología (tales como la valoración de la experiencia con los ordenadores y las actitudes hacia los ordenadores) y el uso de los ordenadores en la actualidad (por ejemplo, frecuencia de uso). Bandura (1986 y 1997) describe la autoeficacia percibida como las creencias en la propia capacidad para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para producir determinados logros. Las personas que dudan de sus habilidades en un dominio de actuación particular, tienden a considerar tales actividades como amenazas que prefieren evitar (Bandura, 1997). Además, existe una considerable evidencia sobre el efecto principal de la autoeficacia sobre el desempeño y el bienestar en el trabajo (Bandura, 1999 y 2001). En esta línea, se espera un efecto principal de la autoeficacia con los ordenadores sobre la frecuencia de uso.

Sin embargo, existe poca investigación empírica sobre el papel moderador de la autoeficacia sobre el estrés laboral. Jex y Bliese (1999) encontraron que la autoeficacia modera la relación entre las horas de trabajo, sobrecarga cuantitativa y significado de la tarea con algunas variables de estrés como son la insatisfacción laboral, síntomas físicos, propensión al abandono y pobre compromiso organizacional. La autoeficacia con los ordenadores –la percepción de la propia persona acerca de sus capacidades referentes a los conocimientos y destrezas específicas con los ordenadores (Murphy, Coover y Owen, 1989)– es una variable moderadora entre la exposición con ordenadores y el bienestar psicológico (Beas, Llorens y Salanova, 2000; Grau, Salanova y Peiró, 2001; Salanova, Grau, Cifre y Llorens, 2000; Salanova *et al.*, 2001a) así como en el desempeño de la tarea (Salanova, Llorens, y Cifre, 2001b). El estudio de Salanova y Schaufeli (2000) muestra que los ordenadores no tienen efectos negativos sobre el bienestar (ejemplo, *burnout*) cuando la exposición a la tecnología se valora positivamente. Salanova, Peiró y Schaufeli (2002) dan evidencia a favor del efecto moderador de la autoeficacia con los ordenadores en la relación entre demandas-control del puesto y los niveles de dos dimensiones de *burnout* (agotamiento y cinismo). Estos estudios apoyan la teoría de Bandura (1997) que establece que los estados fisiológicos y afectivos son la fuente final de información que subyacen a las creencias de eficacia. Cuando las personas se sienten nerviosas o tienen miedo en la realización de una actividad concreta, sus habilidades para realizar las tareas se ven reducidas. Por el contrario, las experiencias de éxito podrían estar acompañadas de intensos sentimientos de disfrute y felicidad que sirven para reforzar los propios sentimientos de competencia. Además, si los propios fracasos se consideran como retos, uno puede incrementar sus esfuerzos, pero conducirían al abatimiento si consideran tales fracasos como indicadores de deficiencias personales (Bandura, 2001). Debido a estos resultados, se espera la existencia de un efecto de interacción entre la valoración de la experiencia pasada con los ordenadores, actitudes y autoeficacia hacia los ordenadores sobre la frecuencia de uso. Por otra parte, Bandura (1986 y 1997) señala que la fuente de información más poderosa que forma la base de las creencias de eficacia es el propio desempeño (experiencias de dominio o *enactive mastery experiences*). Esto significa que las personas tendrán más confianza en sus propias capacidades si han tenido experiencias de éxito en el pasado en actividades similares (por ejemplo, valoración de la experiencia con los ordenadores). El principal objetivo de este estudio es analizar la relación entre la valoración de la experiencia pasada con los ordenadores (positiva, éxito o negativa, fracaso) y las actitudes hacia los ordenadores sobre la frecuencia de uso. Concretamente, se pretende analizar si esa relación está modulada por la autoeficacia hacia los ordenadores.

## 2. Método

### 2.1. Procedimiento y participantes

La muestra está compuesta por 405 trabajadores (mujeres 51% y hombres 49%) pertenecientes a compañías privadas y públicas que ocupan diferentes puestos de trabajo, tales como trabajos de oficina (39%), apoyo técnico (26%), ventas (7%), dirección (8%), servicios humanos (8%), laboratorio (7%) y operarios (5%). Todos los participantes utilizan ordenadores en la realización de su trabajo diario. Presentan una media de experiencia con la tecnología de 20 meses (DT = 23, mínimo = 2, máximo = 150). La mayoría de los participantes utilizan redes de trabajo integradas (82%), tales como herramientas informáticas (por ejemplo, procesadores de texto y datos) -73.6%, y herramientas de comunicación (por ejemplo, internet) -8.5%. El resto 18% utiliza tecnología de manufactura avanzada, tales como diseño asistido por ordenador -12.2%, y control numérico -5.7%. Presentan un media de edad de 32 años (DT = 8.07). Los participantes respondieron a una batería de cuestionarios. Los expertos en prevención de riesgos laborales y los responsables de recursos humanos distribuyeron los cuestionarios. Una carta explicaba el propósito del estudio, así como la participación voluntaria y la garantía de confidencialidad de los datos. Los cuestionarios cumplimentados fueron devueltos en un sobre cerrado a la persona que distribuyó los mismos o directamente al equipo de investigación.

### 2.2. Medidas

*Valoración de la experiencia pasada:* se preguntó a los trabajadores sobre la valoración general de su experiencia pasada con los ordenadores en una escala de 1 (muy negativamente) a 7 (muy positivamente). «En general, ¿cómo valorarías tu experiencia con la tecnología de la información y la comunicación?»

*Actitudes hacia los ordenadores:* fue evaluado mediante seis ítems autoconstruidos preguntando el grado de acuerdo o desacuerdo con cada uno. Un ejemplo de ítem es: «Las tecnologías de la información y la comunicación son valiosas y necesarias» (1 = totalmente en desacuerdo, 7 = totalmente de acuerdo).

*Frecuencia de uso:* porcentaje de tiempo a la semana (0-100) que utilizan los ordenadores en su trabajo. Sólo se seleccionaron para el análisis aquellos participantes con más de un 25% de frecuencia de uso. Posteriormente, la escala se transformó en un rango de 0 a 10 para ajustarla más al rango del resto de variables del estudio.

*Autoeficacia hacia los ordenadores:* fue evaluada mediante 3 ítems de una escala autoconstruida validada en un estudio previo (Beas, Agut, Salanova y Grau, 1999). Un ejemplo de ítem es: «Me siento preparado para utilizar adecuadamente tecnología de la información y la comunicación» (1 = totalmente en desacuerdo, 7 = totalmente de acuerdo).

### 2.3. Análisis de datos

Se realizaron análisis de regresión múltiple jerárquica para detectar efectos principales y efectos de interacción de las variables del estudio (Cohen y Cohen, 1983). Todos los términos de la interacción fueron calculados a partir de las variables tipificadas de los efectos principales para evitar problemas de multicolinealidad (Cohen y Cohen, 1983). Las variables independientes estandarizadas entraron en la ecuación de regresión en seis pasos sucesivos (Aiken y West, 1991). Los coeficientes de regresión estandarizados se muestran en la tabla II. 2.2 (Aiken y West, 1991) y los efectos de interacción significativos se muestran gráficamente. Según Cohen y Cohen (1983) las líneas de regresión se dibujan de forma separada para cada ecuación de regresión considerando dos grupos: personas con alta autoeficacia con los ordenadores (+ 1 DT, altos niveles) y personas con baja autoeficacia con los ordenadores (-1 SD, bajos niveles).

### 3. Resultados

La tabla II.2.1 muestra los análisis descriptivos de las variables estudiadas. Los coeficientes alpha ( $\alpha$ ) superan el criterio de .70 recomendado por Nunnally y Bernstein (1994). Las correlaciones están en el sentido esperado, aunque hay que destacar que la frecuencia de uso sólo correlaciona de manera significativa con la autoeficacia con los ordenadores. Las variables sociodemográficas (edad y género) fueron controladas en el primer paso del análisis de regresión.

**Tabla II.2.1.** Rango, media, desviación típica, alpha de Cronbach y correlaciones ( $N = 405$ )

Variables	Rango	M	DT	Alpha	1	2	3	4	5
1. Edad	20-58	32	8.07	-	-	-	-	-	-
2. Género	1-2	1.5	.50	-	.22***	-	-	-	-
3. Valoración experiencia con ordenadores	1-7	5.75	1.00	-	.08	-.09	-	-	-
4. Actitudes hacia ordenadores	1-7	5.59	.83	.76	.03	-.10*	.42***	-	-
5. Autoeficacia con ordenadores	1-7	5.03	.89	.79	.04	-.06	.52***	.56***	-
6. Frecuencia de uso	0-10	7.09	2.30	-	.06	.04	.04	.08	.13**

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$



Los análisis de regresión muestran la existencia de un efecto principal de la autoeficacia con los ordenadores (variable moduladora), la cual está positivamente relacionada con la frecuencia de uso (ver tabla II.2.2). Cuando la autoeficacia con los ordenadores es alta, la frecuencia de uso incrementa ( $\beta = .14^*$ ). De esta manera se cumple la primera hipótesis. Además, aparece un efecto de interacción significativo entre la valoración de la experiencia con los ordenadores ( $\beta = -.26^{**}$ ) y la variable moduladora (autoeficacia con los ordenadores).

**Tabla II.2.2.** Regresión múltiple jerárquica de la valoración de la experiencia con los ordenadores, actitudes hacia los ordenadores y autoeficacia con los ordenadores sobre la frecuencia de uso ( $N = 405$ )

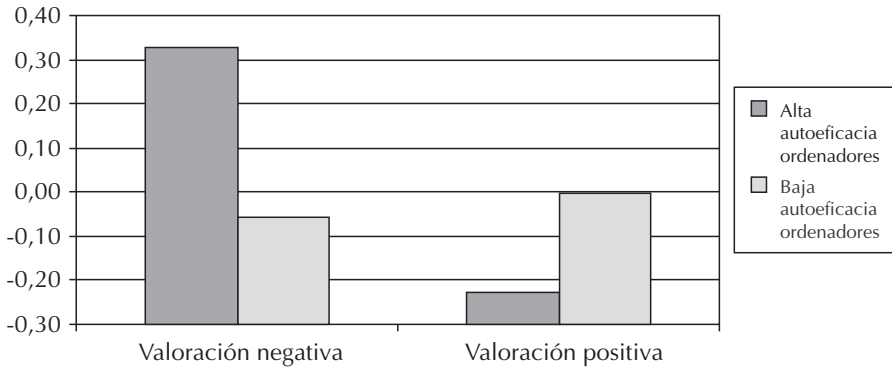
Mediadora	Autoeficacia con ordenadores	
	$\beta$	$R^2$ cambio
1. Edad	.04	.004
Género	.05	
2. Valoración experiencia con ordenadores	-.04	.015*
Actitudes hacia ordenadores	.09	
3. Experiencia ordenadores X actitudes ordenadores	.14	.006
4. Mediadora	.14*	.011*
5. Experiencia ordenadores X mediadora	-.26**	.019*
Actitudes ordenadores x mediadora	.04	
6. Experiencia ordenadores X actitudes ordenadores X mediadora	-.14	.004
Múltiple $R$	.24	
$R^2$	.06	
<b>F</b>	2.5**	

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$

Nota: valores  $\beta$  son los coeficientes estandarizados del análisis de regresión.

El efecto de interacción significativo de la valoración de la experiencia con los ordenadores y la autoeficacia con los ordenadores está representado gráficamente en la figura II.2.1, siguiendo el método de Aiken y West (1991) y Jaccard, Turrisi y Wan (1990). Las variables se fijaron en 1 desviación típica por encima y por debajo de la media. Los trabajadores con alta autoeficacia con los ordenadores y una valoración positiva de la experiencia con los ordenadores se asociaron con menos frecuencia de uso, mientras que la frecuencia

de uso se incrementaba cuando la valoración de la experiencia con los ordenadores era negativa.



**Figura II.2.1.** Efecto de interacción a dos vías de la valoración de la experiencia con los ordenadores y la autoeficacia con los ordenadores sobre la *Frecuencia de uso*

#### 4. Discusión

El principal objetivo de este estudio era analizar la relación entre la valoración de la experiencia pasada con los ordenadores (positiva, éxito o negativa, fracaso) y las actitudes hacia los ordenadores sobre la frecuencia de uso. Concretamente, se pretendía poner a prueba el papel mediador de la autoeficacia hacia los ordenadores en todo ese proceso. Sólo se esperaban efectos principales entre la autoeficacia con los ordenadores y la frecuencia de uso. Los resultados apoyan la primera hipótesis puesto que sólo la variable moduladora (autoeficacia con los ordenadores) tiene un efecto principal significativo sobre la frecuencia de uso. Este resultado está en la línea de la investigación del profesor Bandura (1999, 2001) que proporciona evidencia sobre el efecto directo (principal) de la autoeficacia sobre el desempeño y el bienestar.

Por otra parte, la hipótesis 2 fue parcialmente apoyada. Sólo la valoración de la experiencia con los ordenadores interacciona con la autoeficacia con los ordenadores para explicar la frecuencia de uso, mientras que las actitudes hacia los ordenadores no juegan un papel significativo en la frecuencia de uso actual. Los participantes con alta autoeficacia con los ordenadores y una valoración negativa de la experiencia, mostraron mayor frecuencia de uso que aquello con baja autoeficacia. De acuerdo con la teoría de autoeficacia de Bandura (1986, 1997, 1999 y 2001), este efecto podría explicarse considerando que las personas con una valoración de la experiencia con los ordenadores negativa que dudan sobre sus habilidades para utilizarlos (baja autoeficacia con los orde-

nadores) podrían considerar los ordenadores como una amenaza que preferirían evitar y perciben sus fracasos como indicadores de deficiencias personales. Sin embargo, aquellos con una valoración negativa de la experiencia con los ordenadores pero que creen en sus capacidades para enfrentarse con los ordenadores (alta autoeficacia con los ordenadores) podrían considerar tal tecnología como un reto que les motiva a incrementar la frecuencia de uso para alcanzar más control y experiencias de éxito con los ordenadores, que estarían acompañados de intensos sentimientos de disfrute y felicidad que refuerzan sus sentimientos de competencia (Bandura, 1997 y 2001). Además, las experiencias pasadas con los ordenadores podrían servir de indicador directo de las propias capacidades en el futuro. En este sentido, las experiencias de dominio (*enactive mastery experiences*) podrían convertirse en una de las fuentes más importantes de la autoeficacia.

En resumen, la mera exposición de la tecnología no parece ser responsable de la aceptación de la tecnología (frecuencia de uso) (Igarria, 1993) sino que la autoeficacia juega un rol fundamental como variable moduladora. Así, una vez más la autoeficacia con los ordenadores juega un importante papel en la predicción tanto de los resultados afectivos (Beas *et al.*, 2000; Grau *et al.*, 2000; Salanova *et al.*, 2000) como conductuales (Salanova *et al.*, 2001b).

## II.3. AUTOEFICACIA Y SU RELACIÓN CON EL BIENESTAR PSICOLÓGICO Y LA FORMACIÓN CON LOS ORDENADORES EN USUARIOS DE TECNOLOGÍA

M<sup>a</sup>. ISABEL BEAS Y MARISA SALANOVA

Grupo de Investigación WONT

Universitat Jaume I

### 1. Introducción

El concepto de autoeficacia ha sido ampliamente utilizado en contextos educativos, clínicos, sociales y de salud organizacional. La autoeficacia percibida se refiere a las creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos, para producir unos determinados resultados o logros (Bandura, 1997). Además, las creencias en las propias capacidades pueden desarrollarse a través del logro de ejecución, el aprendizaje vicario, la persuasión social y la activación emocional. Sin embargo, este autor concreta, que las medidas de la autoeficacia personal deben estar dirigidas a dominios psicológicos específicos. Por su parte, Schwarzer (1999) define la autoeficacia generalizada como la confianza en la propia destreza de afrontamiento, que se manifiesta en un rango amplio de situaciones retadoras y que tiene un carácter amplio y estable. Este autor aboga por la utilidad de una medida de autoeficacia generalizada. En esta línea, otros autores también señalan la necesidad de desarrollar medidas de competencias específicas en poblaciones específicas (Maibach y Murphy, 1995), y de utilizar medidas específicas de autoeficacia. Otros estudios muestran que la autoeficacia general y específica está positiva y significativamente relacionada y puede operar de forma complementaria (Grau, Salanova y Peiró, 2000; Jex y Bliese, 1999). Aunque la autoeficacia generalizada puede contribuir a explicar el estrés en las organizaciones, la autoeficacia específica en diferentes dominios explica incluso más varianza (Grau *et al.*, 2000; Salanova, Peiró y Schaufeli, 2002; Schwoerer, May y Hollensbe, 1999). Cherniss (1993) introduce el concepto de autoeficacia profesional como la creencia sobre el nivel de competencia en situaciones particulares. En este sentido, en Grau, Salanova y Peiró (2001) encontraron que la autoeficacia específica modula más relaciones entre estresores y consecuencias de estrés que la autoeficacia generalizada. Además, en contextos de tecnologías de la información y la comunicación (TIC), se conceptualiza la autoeficacia con los ordenadores (*computer self-efficacy*) como la percepción de uno mismo de sus propias capacidades relativas a conocimientos y destrezas específicamente relacionadas con los ordenadores (Murphy, Coover y Owen, 1989).

En este sentido, la investigación ha mostrado la necesidad de estudiar variables personales como potenciales moduladoras entre el estrés y sus consecuencias. (De Rijk, Le Blanc y Schufeli, 1998; Heinisch y Jex, 1997; Jex y Bliese, 1999; Jex, Bliese, Buzzell y Primeau, 2001; Jex y Elacqua, 1999; Salanova *et al.*, 2002). Sin embargo, hay relativamente poca investigación centrada en explicar la forma en que las diferencias individuales influyen en dicha relación (Jex *et al.*, 2001). Mientras que Jex y Gudanowski, (1992) no encontraron evidencia empírica del rol modulador de la autoeficacia en el proceso de estrés, los restantes sí. Un tipo particular de estrés en el trabajo es el *burnout* (Maslach y Jackson, 1981). En este sentido la investigación muestra el rol modulador de la autoeficacia entre demandas del puesto y *burnout*. (Grau *et al.*, 2000; Salanova, Grau, Cifre y Llorens, 2000; Salanova *et al.*, 2002). Usando medidas de autoeficacia específica, en un estudio llevado a cabo por una muestra de 140 trabajadores de TIC Salanova *et al.* (2000) mostraron el rol modulador de la autoeficacia para los ordenadores entre formación para los ordenadores y *burnout*.

Por otro lado, la literatura sugiere diferencias de género y edad en la autoeficacia con los ordenadores. En algunos estudios los hombres tienen significativamente mayor nivel que las mujeres (Carlson y Grabowsky, 1992; Chou, 2001), mientras que otros estudios no encuentran diferencias significativas (Torkzadeh, Pflughoeft y Hall, 1999). Además, el género tiene un efecto modulador en la relación entre formación para los ordenadores y autoeficacia con los ordenadores (Chou, 2001). En relación a la edad, hay pocos estudios que examinen los efectos psicológicos de los ordenadores por grupos de edad, aunque en cualquier caso, la relación entre las variables es indirecta (Kelley y Charness, 1995; Stauffer, 1992). En relación a los efectos de exposición a la tecnología en el bienestar psicológico los resultados de la investigación son contradictorios. Algunos estudios sostienen que alta exposición a la tecnología está relacionada con una disminución en el bienestar psicológico o un incremento (satisfacción, autoeficacia) (Bohlin y Hunt, 1995; Colley, Brodzinski, Scherer y Jones, 1994; Igbaria y Chakrabarti, 1990; Jones y Wall, 1990). Otros estudios muestran que dicha relación depende del tipo de exposición (frecuencia de uso, cursos de formación) (Chen, Wigland y Nilan, 1999; Leso y Peck, 1992; Rousseau, Jamieson, Rogers, Mead y Sit, 1998; Woodrow, 1991). Finalmente otros estudios señalan el rol modulador de las variables psicosociales en este proceso (valoración de la tecnología, actitudes a la tecnología, valores, etcétera) (Bitter y Davis, 1985; Majchrzak y Borys, 1998; Salanova y Schaufeli, 2000; Torkzadeh, Pflughoeft y Hall, 1999; Zoltan y Chapanis, 1982). En este contexto la formación para los ordenadores se puede conceptualizar como «exposición» a la tecnología.

En un contexto de cambios tecnológicos continuos, la formación puede aparecer como una estrategia adecuada para afrontar la introducción y gestión de las nuevas tecnologías (Salanova y Grau, 1999). La investigación sobre la trans-

ferencia de la formación en la última década muestra que la autoeficacia es una de las variables personales más importante entre las variables independientes, localizada en la fase del *pretraining* (Cheng y Ho, 2001; Haccoun y Saks, 1998; Salas y Cannon-Bowers, 2001). En resumen, la literatura sugiere que la autoeficacia incrementa los resultados del aprendizaje y la ejecución, por lo que es un factor clave para el formador conocer cuándo y cómo aumentar la autoeficacia del formando (Haccoun y Saks, 1998).

Finalmente, se ha de considerar que el impacto de la actitud en la formación es un factor clave: Bitter y Davis, (1985), Torkzadeh *et al.* (1999) y Zoltan y Chapanis (1982). Específicamente, Torkzadeh *et al.* (1999) estudiaron longitudinalmente una muestra de estudiantes universitarios cursando una asignatura de introducción a la informática, y encontraron que los estudiantes comenzaron con un nivel moderado de autoeficacia. Tras la formación, su nivel se incrementó, pero los alumnos que mostraban actitud negativa hacia los ordenadores no incrementaron su autoeficacia para los ordenadores. Además, sólo unos pocos alumnos que mostraban actitud negativa mejoraron su actitud tras la formación.

El objetivo general de este estudio es analizar la estructura factorial de la autoeficacia, y la relación de diversos niveles de autoeficacia (generalizada y específica) con el bienestar psicológico y con la formación para las tecnologías de la información y la comunicación (TIC). Específicamente, las hipótesis son:

*Hipótesis 1:* Esperamos diferentes factores de autoeficacia, de más generalizados a más específicos, de acuerdo con niveles de dominio.

*Hipótesis 2:* Esperamos que bajos niveles de autoeficacia estén positiva y significativamente asociados con altos niveles de *burnout*, ansiedad y depresión relacionadas con el trabajo.

*Hipótesis 3:* Esperamos que la autoeficacia específica tenga mayor relación con el malestar psicológico (agotamiento, cinismo, ansiedad y depresión) que la autoeficacia generalizada.

*Hipótesis 4:* Esperamos que las actitudes hacia los ordenadores modulen la relación entre formación para los ordenadores y autoeficacia.

## 2. Método

### 2.1. Procedimiento y participantes

La muestra está compuesta por 496 trabajadores (50,6% hombres y 49,4% mujeres) de diferentes ramas de ocupación que utilizan TIC en su trabajo, al menos 10% del tiempo. Muchos de los trabajadores utilizan herramientas informáticas o software (90,7%), y el resto tecnologías de manufactura avanzada (AMT). Además, 173 trabajadores habían recibido formación continua en el ámbito de los ordenadores. La edad de la muestra está comprendida entre los 20 y los 58 años, con una media de edad de 32 años (SD = 8,07).

## 2.2. Medidas

*Bienestar Psicológico.* El *burnout* fue evaluado mediante dos subescalas de la versión española (Salanova, Schaufeli, Llorens, Grau y Peiró, 2000) del MBI-GS (Maslach Burnout Inventory-General Survey) (Schaufeli *et al.*, 1996): agotamiento (5 ítems) y cinismo (4 ítems). La ansiedad y depresión relacionadas con el trabajo se midieron con dos subescalas del cuestionario «Bienestar psicológico relacionado con el trabajo» (Warr, 1990): ansiedad y depresión.

*Actitudes hacia los ordenadores.* Medida a través de un cuestionario diseñado específicamente (WONT, 1999), consistente en 5 ítems.

*Autoeficacia general.* Se utilizó la escala de autoeficacia generalizada de Schwarzer (1993), compuesta por 10 ítems.

*Autoeficacia profesional.* La medida utilizada fue la subescala de autoeficacia profesional del MBI-GS (Maslach Burnout Inventory-General Survey, de Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson, 1996).

*Autoeficacia relacionada con los ordenadores.* Medida a través de una escala construida ad-hoc compuesta por 5 ítems.

*Formación para la tecnología asistida por ordenador.* Se utilizaron 2 tipos de medidas, mediante la pregunta directa a los trabajadores sobre este tipo de formación recibida: número de cursos realizados y número de horas totales.

## 2.3. Análisis de datos

En primer lugar, se realizó un análisis factorial exploratorio bajo el método de componentes principales con rotación Varimax con Kaiser, para poner a prueba la estructura factorial de las tres escalas de autoeficacia: generalizada, profesional y relacionada con los ordenadores. Posteriormente se realizaron cuatro análisis de regresión múltiple jerárquica bajo el método de pasos sucesivos de cada una de las variables dependientes con los cuatro factores que se extrajeron del análisis factorial.

## 3. Resultados

En el análisis factorial se incluyeron los 15 ítems originales de los tres cuestionarios (5 ítems de autoeficacia general, 6 de autoeficacia profesional y 4 de autoeficacia con ordenadores). Esperábamos que la autoeficacia profesional se separara en dos subescalas (Salanova y Schaufeli, 2000): autoconfianza profesional y consecución de objetivos profesionales. Los resultados indican que el modelo propuesto de 4 factores se ajustan razonablemente a los datos.

*Análisis descriptivo.* La tabla II.3.1 muestra las medias, desviaciones típicas, coeficientes alfa y correlaciones de orden cero de las variables estudiadas.

**Tabla II.3.1.** Medias, desviaciones típicas, consistencias internas (Alfa de Cronbach) y correlaciones de orden cero ( $N = 495$ )

	M	DS	alfa	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
1.Edad (fecha de nacimiento)	33.3	8.16	-	.20***	.11*	-.10	.08	.09*	.03	.05	.18***	.02	-.09*	-.01	.12**	.08
2.Género	1.46	0.5	-	-	.02	-.09	.14	.00	.06	.06	.04	-.08	-.08	-.06	-.03	-.09*
3.Nivel educativo	6.25	1.53	-	-	-	.06	.17*	.05	.05	.04	.00	.08	.01	-.05	.02	.13**
4.Cursos de formación para los ordenadores	1.59	0.77	-	-	-	-	.19*	-.01	-.04	-.08	-.02	.13	.04	.12	.12	.12
5.Horas de formación para los ordenadores	67.08	80.3	-	-	-	-	-	.07	.00	-.07	.01	.06	.03	.00	.17*	.06
6.Ansiedad	3.07	0.86	.81	-	-	-	-	-	.54***	.35***	.52***	-.05	-.18***	-.16***	-.04	-.14***
7.Depresión	2.63	0.93	.73	-	-	-	-	-	-	.49***	.47***	-.15***	-.29***	-.30***	-.29***	-.22***
8.Cinismo	1.65	1.34	.85	-	-	-	-	-	-	-	.55**	-.19**	-.18**	-.35***	-.43***	-.18***
9.Agotamiento emocional	2.27	1.21	.85	-	-	-	-	-	-	-	-	-.15**	-.21**	-.19***	-.10*	-.14**
10.Actitud hacia 5.57 los ordenadores	0.86	.80	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.31**	.23***	.24***	.56***	
11. Autoeficacia generalizada	3.93	0.56	.83	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.44***	.26***	.27**
12.Autoconfianza profesional	4.36	0.92	.71	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	.40***	.22***
13. Consecución de objetivos profesionales	4.32	1.16	.49***													.18***
14. Autoeficacia para los ordenadores	5.12	0.87	.67	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$

<sup>a</sup> Nota: los valores de  $\beta$  son los coeficientes no estandarizados obtenidos en el estado final del análisis de regresión



Como podemos ver en la tabla II.3.1, la edad (fecha de nacimiento) correlaciona significativamente con el agotamiento, de forma que cuanto más joven es el trabajador, más exhausto está. En relación al nivel educativo, a mayor nivel, mayor número de horas de formación para los ordenadores recibe y mayor nivel de autoeficacia con los ordenadores muestra. El número de cursos está positivamente asociado con el número de horas. Además, aquellos trabajadores que puntúan alto en consecución de objetivos profesionales, acuden a más horas de formación. La actitud hacia los ordenadores está negativamente asociada con el cinismo y positivamente con todos los niveles de autoeficacia. Además, los resultados muestran que los bajos niveles de autoeficacia están relacionados con altos niveles de *burnout*, ansiedad y depresión, por lo que se confirma la hipótesis 2.

Por otro lado, la ansiedad se relaciona negativamente con todos los niveles de autoeficacia, excepto con la consecución de objetivos profesionales, pero correlaciona en mayor medida con la autoeficacia generalizada. La depresión correlaciona negativamente con todos los niveles, pero en mayor medida con autoconfianza y autoeficacia generalizada, lo mismo que agotamiento. El cinismo está negativamente asociado con todos los niveles de autoeficacia, pero en mayor medida con autoeficacia específica, especialmente consecución de objetivos profesionales.

*Análisis de regresión.* Los resultados se muestran en la tabla II.3.2.

**Tabla II.3.2.** Análisis de regresión múltiple jerárquica (N = 173)<sup>a</sup>

	$\beta$	$R^2$ cambio	$\beta$	$R^2$ cambio	$\beta$	$R^2$ cambio	$\beta$	$R^2$ cambio
1. Edad (año nacto.)	-.11		.06		.21**		.14	
Género	-.08		.06		-.06		.03	
Nivel educativo	.10	.05	.08	.01	.05	.07*	.13	.07*
2. Cursos de formación para los ordenadores	-.02		.12		.09		.07	
Horas de formación para los ordenadores	-.01		-.10		.13		-.04	
Actitud hacia los ordenadores	.29***	.07**	.33***	.12***	.25**	.09***	.49***	.23***
3. N cursos x moderador	-.04		-.12		.01		-.03	
N horas x moderador	.09	.01	.17*	.03	.00	.00	.07	.00
<i>R</i> Múltiple	.36		.40		.40		.54	
$R^2$	.129		.160		.162		.30	
<b>F</b>	2.76**		3.54***		3.57***		7.88***	

\* $p < .05$ ; \*\* $p < .01$ ; \*\*\* $p < .001$

*Autoeficacia generalizada.* El modelo propuesto es significativo ( $F = 2.76^{**}$ ) y explica el 12.9% de la varianza. Se encuentran efectos principales de la variable moduladora pero no efectos de interacción entre la moduladora y la variable dependiente.

*Autoconfianza profesional.* El modelo propuesto es significativo también ( $F = 3.54^{***}$ ) y explica el 16% de varianza. La actitud hacia los ordenadores (moduladora) está positivamente asociada con la autoconfianza profesional y tiene un efecto principal. Además, hay un efecto de interacción entre número de horas y actitud hacia las TIC ( $\beta = .17^*$ ), que se comentará más adelante.

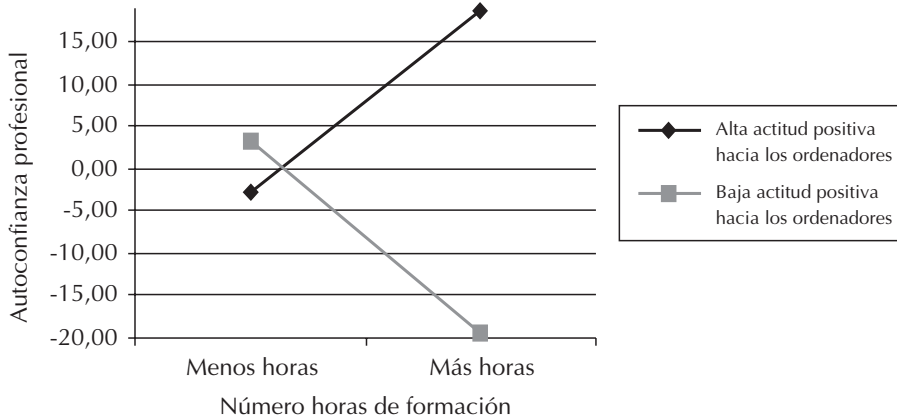
*Consecución de objetivos profesionales.* El modelo propuesto es significativo ( $F = 3.57^{***}$ ), y explica el 16.2% de varianza. Se encuentra un efecto principal en la edad (fecha de nacimiento), ( $\beta = .215^{**}$ ), así que ser joven está asociado con la consecución de objetivos profesionales. Hay un efecto principal en la actitud hacia los ordenadores, pero no en las variables de formación.

*Autoeficacia para los ordenadores.* El modelo es significativo ( $F = 7.87$ ) y es el que explica más varianza (29.7%). Además el efecto de las variables socio-demográficas no es significativo, pero está muy cerca de serlo. La actitud hacia los ordenadores está positiva y significativamente asociada la autoeficacia hacia los ordenadores, mientras que las medidas de formación no tienen efectos principales. No hay efectos de interacción con la moduladora.

El efecto de interacción significativo entre la formación para los ordenadores y la autoeficacia profesional, siguiendo el método recomendado por Aiken y West (1991) y Jaccard *et al.* (1990), se muestra gráficamente en la figura II.3.1. Los resultados señalan que en el caso de trabajadores que manifiestan una actitud más negativa hacia el uso de las TIC, los niveles de autoeficacia profesional se mantienen casi constantes, a pesar del aumento del número de cursos de formación sobre ordenadores que haya recibido. Sin embargo, para aquellos profesionales que manifiestan una actitud favorable hacia el uso de las TIC, se produce un decremento de la autoeficacia profesional cuando han recibido mayor número de cursos de formación. Considerando el número de horas de formación recibidas, se encuentra que aquellos trabajadores con una actitud positiva hacia el uso de las TIC, ven incrementado su nivel de autoeficacia profesional a niveles altos en el número de horas de formación recibidas. Sin embargo, para aquellos con una actitud más negativa, el mayor número de horas está asociado con una disminución en su autoeficacia profesional.

#### 4. Discusión

En el presente estudio encontramos cuatro factores relacionados con la autoeficacia; así como encontramos relaciones entre diferentes niveles de autoeficacia, la formación para los ordenadores y el bienestar psicológico. En relación



**Figura II.3.1.** Efecto de interacción de dos vías de actitud hacia los ordenadores y número de horas de formación para los ordenadores en la autoconfianza profesional (niveles de autoconfianza profesional en el eje y)

a la estructura factorial y de acuerdo con investigaciones previas (Beas *et al.*, 1999; Salanova y Schaufeli, 2000), esperábamos cuatro dimensiones de autoeficacia: general, autoconfianza profesional, consecución de objetivos profesionales y autoeficacia con los ordenadores. Además, esta estructura muestra que existen diferentes niveles de autoeficacia. Por otro lado, la separación en dos factores de la autoeficacia profesional confirma también investigación previa (Salanova y Schaufeli, 2000), e indica la complejidad de ese constructo.

Este estudio apoya nuestra hipótesis de que bajos niveles de autoeficacia se relacionarán positiva y significativamente con altos niveles de *burnout* (agotamiento y cinismo) y ansiedad y depresión relacionadas con el trabajo, de acuerdo con la teoría social cognitiva de Bandura (Bandura, 1992, 1999, 2001). Estos resultados apoyan investigación previa (Beas *et al.*, 1999; Kavanagh, 1992; Salanova *et al.*, 2001; Schwarzer, Bäßler, Kwiatek, Schröder y Zhang, 1996; Schwarzer 1999). En general, las personas que confían menos en sus propias capacidades muestran más *strain* en el lugar de trabajo que las personas que tienen más autoconfianza. Sin embargo, nuestra hipótesis sobre niveles de autoeficacia y bienestar psicológico sólo se confirma parcialmente para el caso de cinismo. Estos resultados apoyan un estudio previo con menor muestra en trabajadores que utilizan TIC (Beas *et al.*, 1999), ya que también encontramos que la consecución de objetivos profesionales predecía el cinismo. Grau *et al.* (2001) encontraron que el agotamiento estaba más asociado negativamente con la autoeficacia generalizada y el cinismo con la autoeficacia profesional. Schwarzer (1993), apuntó que la autoeficacia generalizada era mejor predictor para los indicadores más generales de bienestar psicológico. Por lo tanto, ansiedad y

depresión relacionadas con el trabajo son indicadores generales de bienestar psicológico, mientras que *burnout* es más específico en contextos laborales. Por ello, podemos sugerir que las medidas generales y específicas son complementarias y que las medidas de autoeficacia específica explican más varianza que las medidas de autoeficacia general y apoyan de nuevo, la necesidad de tener en cuenta medidas específicas en dominios específicos (Bandura, 1986, 1997; Maibach y Murphy, 1995). Los resultados muestran que el estrés laboral existe en la muestra. Cuando la empresa no puede controlar la situación de estrés, puede utilizarse el incremento de la autoeficacia como una estrategia de prevención, por ejemplo, a través de programas de formación para el incremento de la autoeficacia profesional. Nuestro estudio sugiere que altos niveles de autoeficacia pueden ayudar a afrontar los estresores de forma eficaz, por lo que los programas de formación deberían incluir «pistas» o fuentes de la autoeficacia, según Bandura (1997). Este estudio también muestra que la actitud positiva hacia los ordenadores modula la relación entre formación para los ordenadores y autoeficacia, pero sólo en el caso de «número de horas de formación» y autoconfianza profesional. Se confirma una investigación previa (Beas, Llorens y Salanova, 2000) que mostró que sólo las actitudes modulaban la relación entre formación y autoeficacia profesional. Por otro lado, la actitud tiene un efecto principal en todos los niveles de autoeficacia, así que es fundamental en el proceso formativo (por ejemplo, valoración del objeto de la formación). Nuestros resultados sugieren que la mera exposición a los ordenadores (por ejemplo, formación para los ordenadores) no produce un incremento de la autoeficacia, por lo que podemos sugerir que se podrían encontrar otros efectos moduladores con otras variables, como número de horas de formación voluntaria. Por ello, es importante conocer el contexto específico de la formación para conocer si se ajusta a las necesidades del puesto de trabajo. Además, el aprovechamiento de la formación por parte de los usuarios está influido por variables personales (actitud hacia el objeto de formación) por lo que es necesario detectar, evaluar y controlar las actitudes para conseguir eficacia en la formación.

En resumen, el presente estudio apoya los resultados de investigación previa que apuntan que los efectos de experiencia con la tecnología dependen de los tipos de exposición a la tecnología (número de horas, número de cursos) y de variables psicosociales, como las actitudes hacia los ordenadores (Chen *et al.*, 1999; Coffin y MacInyre, 1999; Leso y Peck, 1992; Majchrzak y Borys, 1998; Rousseau *et al.*, 1998; Salanova *et al.*, 2002; Woodrow, 1991). Por ello un mayor número de horas de formación está asociado a un incremento de la autoconfianza profesional, pero sólo en el caso de tener una actitud positiva hacia los ordenadores. De acuerdo con nuestros resultados, la formación para los ordenadores no tiene un efecto principal en la autoeficacia, pero interacciona con la actitud hacia los ordenadores. Por ello el efecto de formación para los orde-

nadores parece «incrementar» la dirección de la actitud hacia el objeto de formación, en el caso de la autoconfianza profesional, porque aquellos con actitud negativa hacia los ordenadores, el incremento de número de horas de formación se asocia con una disminución de la autoconfianza profesional. Este resultado puede ser explicado porque estos trabajadores no perciben la utilidad de dicha formación en su puesto de trabajo, así que no transfieren lo aprendido al puesto. Por otro lado, la edad está asociada positivamente a la consecución de objetivos profesionales, por lo que es necesario estudiar el corazón de la formación: el diseño, para tener en cuenta cada aspecto de la formación del adulto. En conclusión, el diseño de la formación es un factor clave, por lo que se debe tener en cuenta cada aspecto del proceso, por lo que para conseguir altos niveles de autoeficacia profesional es importante diseñar formación con estándares de calidad, para conseguir la transferencia al puesto de trabajo. En este contexto, la autoeficacia se puede considerar un indicador de la calidad de la formación, y debe ser medida antes de que ésta empiece, y también al finalizar las acciones formativas como una medida de su eficacia.



## AUTOEFICACIA Y SALUD

---

- 1. Autoeficacia y salud: investigación básica y aplicaciones,**  
FRANCISCO VILLAMARÍN y ANTONI SANZ
- 2. Expectativas de autoeficacia y utilización de recursos sanitarios en el síndrome fibromiálgico,**  
M<sup>a</sup> ÁNGELES PASTOR, ANA LLEDÓ,  
MAITE MARTÍN-ARAGÓN, NIEVES PONS,  
SOFÍA LÓPEZ-ROIG, M<sup>a</sup> CARMEN TEROL  
y JESÚS RODRÍGUEZ-MARÍN
- 3. Creencias de autoeficacia y conducta de autoexploración en mujeres con cáncer de mama,**  
SOFÍA LÓPEZ ROIG, M<sup>a</sup> CARMEN NEIPP,  
M.<sup>a</sup> ÁNGELES PASTOR, M<sup>a</sup> CARMEN TEROL  
y BARTOMEU MASSUTÍ
- 4. Influencia de la autoeficacia en los resultados de los pacientes sometidos a un tratamiento de rehabilitación física,**  
ESTHER SITGES, JESÚS RODRÍGUEZ MARÍN,  
M<sup>a</sup> ÁNGELES PASTOR, SONIA TIRADO,  
JOSÉ JOAQUÍN MIRA y MAITE MARTÍN-ARAGÓN

### III.1. AUTOEFICACIA Y SALUD: INVESTIGACIÓN BÁSICA Y APLICACIONES

FRANCISCO VILLAMARÍN Y ANTONI SANZ

Grupo de Investigación en Estrés y Salud (GIES)  
Universidad Autónoma de Barcelona

#### 1. Salud y psicología de la salud

**D**el concepto de salud podría decirse que es, en gran medida, un concepto acordeón: delimitado y muy probablemente insuficiente en las definiciones más restrictivas, y cuasi omnicompreensivo y tal vez excesivo en algunas de las definiciones más recientes. Las definiciones restrictivas se sitúan dentro de lo que suele denominarse la perspectiva biomédica. Desde este enfoque, la salud suele definirse de forma negativa, por exclusión, como la carencia de enfermedad: «ausencia de anomalías o alteraciones orgánicas y/o mentales y de las incapacidades y sufrimientos que estas comportan» (Godoy, 1999: 41). Las definiciones más comprensivas de salud se sitúan dentro de la perspectiva biopsicosocial. De estas definiciones, la más conocida es probablemente la propuesta por la OMS (1978), vigente desde la histórica declaración de Alma-Ata: «La salud es el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no meramente la ausencia de enfermedad».

La psicología de la salud se ubica precisamente en esta perspectiva biopsicosocial, si bien los problemas de salud que pretende contribuir a prevenir o a superar son de naturaleza física u orgánica. Esta doble condición, que de entrada puede parecer una contradicción difícil de resolver, no es más que una simple paradoja, como veremos más adelante. La psicología de la salud es, en comparación con otras, una especialidad relativamente joven de la Psico-

logía, ya que las primeras definiciones se formularon a finales de la década de los setenta (Blanchard, 1977). Desde entonces, los expertos en el tema han intentado trazar sus lindes con otras ramas de la Psicología que también se ocupan de la salud, básicamente con la Psicología clínica, la psicología comunitaria y la medicina conductual.

Más que intentar definir cada una de estas especialidades ubicándolas en compartimentos estancos, intentaremos trazar entre ellas unas fronteras permeables, utilizando dos ejes vertebradores: el concepto (restrictivo) de salud, física y/o mental, y la orientación de la intervención: promoción de la salud/prevenición de la enfermedad *versus* tratamiento de la enfermedad/recuperación de la salud. En este sentido, la psicología clínica y la psicología comunitaria se ocupan de la salud mental; la primera con una orientación de tratamiento individualizado de la enfermedad, y la segunda con una orientación más de tipo preventivo. La medicina conductual y la psicología de la salud se centran en los problemas de salud física, la primera con una orientación de recuperación de la salud (tratamiento individualizado de la enfermedad), y la segunda con un enfoque más centrado en la promoción de la salud, aunque no exclusivamente (Rodríguez-Marín, 1991).

Cuando se atraviesa el umbral de la *parcela* psicología de la salud, uno encuentra una gran cantidad y variedad de tópicos tales como modelos teóricos, adhesión terapéutica, calidad de vida, conductas de riesgo, estilo de vida, bienestar... Para movernos sin perder la orientación dentro de esta jungla frondosa, presentamos a modo de mapa-guía el esquema representado en la figura III.1.1, elaborado y etiquetado por el primer autor (Villamarín, 2002) como «un marco conceptual en psicología de la salud» (MCPS).

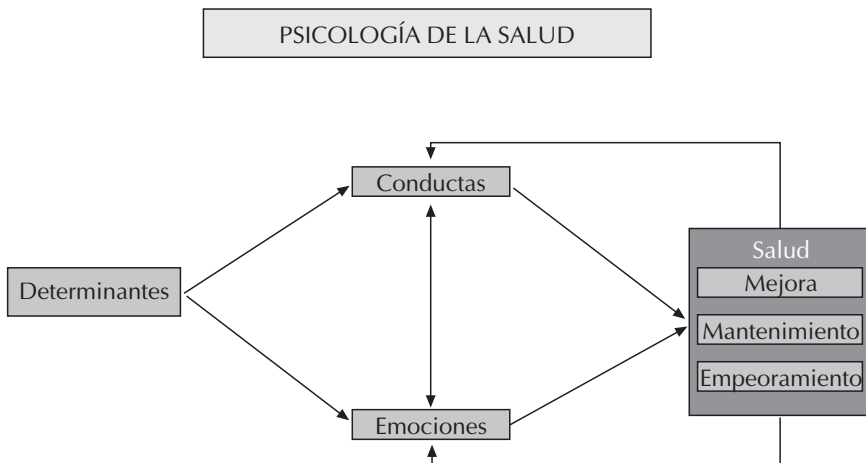


Figura III.1.1. Marco conceptual en psicología de la salud



Según este esquema, «lo psicológico» afecta a la salud física (mejora, mantenimiento y/o empeoramiento) a través de dos mecanismos básicos: las conductas relacionadas con la salud y las emociones. Las conductas relacionadas con la salud se clasifican en dos categorías básicas: conductas insanas o de riesgo (fumar, conducir a velocidad excesiva, compartir jeringuillas...), y conductas favorecedoras de la salud, que a su vez pueden ser de diferentes tipos (promotoras, preventivas, de *screening*, etc.). Las conductas relacionadas con la salud, tanto sanas como insanas, quedan incluidas en el constructo *estilo de vida relacionado con la salud*, ya que con frecuencia estas conductas se presentan asociadas y de forma persistente a lo largo del tiempo (Balaguer, Castillo y Pastor, 2002).

El otro proceso o mecanismo con una comprobada influencia sobre los problemas de salud física son las emociones, sobre todo las negativas (miedo/ansiedad, tristeza/depresión e ira/hostilidad). Éstas pueden facilitar la aparición de problemas de salud orgánicos, o empeorar su curso y dificultar su control, a través de diferentes vías:

a) El incremento de la vulnerabilidad general: las emociones negativas, a través de la respuesta fisiológica de estrés disminuyen la capacidad del sistema inmunitario para defenderse de los agentes patógenos (Bayés y Borrás, 1999).

b) La vulnerabilidad específica: el padecimiento crónico de determinadas emociones negativas puede facilitar el padecimiento de trastornos de salud específicos.

c) La inducción de conductas insanas de riesgo: en el caso de determinadas conductas adictivas, los estados emocionales negativos actúan tanto de inductores de la práctica habitual de dichas conductas, como de ocasiones para la recaída cuando se han conseguido modificar de forma temporal.

Como puede observarse en el esquema de la figura III.1.1, las emociones y las conductas relacionadas con la salud se influyen mutuamente. Por una parte, tal y como acabamos de exponer en el punto c), las emociones negativas actúan frecuentemente como inductores de conductas insanas; pero, a su vez, la adquisición y práctica de habilidades cognitivas y conductuales para el manejo del estrés (detención del pensamiento, técnicas de relajación, etc.), y de habilidades sociales y de comunicación, ayudan a controlar las emociones negativas (Maciá, Méndez y Olivares, 1991).

Lo que en nuestro esquema conceptual hemos denominado procesos mediadores (estilo de vida relacionado con la salud y emociones) están a su vez influidos por variables de carácter personal y por variables del entorno físico y, sobre todo, social. En este planteamiento, las variables psicosociales afectan a la salud física de forma mediada, a través del estilo de vida y de las emociones. Existen numerosas propuestas sobre cuáles son los determinantes personales más importantes, tanto del estilo de vida como de las emociones. Estas dife-

rentes propuestas son lo que habitualmente conocemos como modelos teóricos en psicología de la salud (Villamarín y Álvarez, 1998).

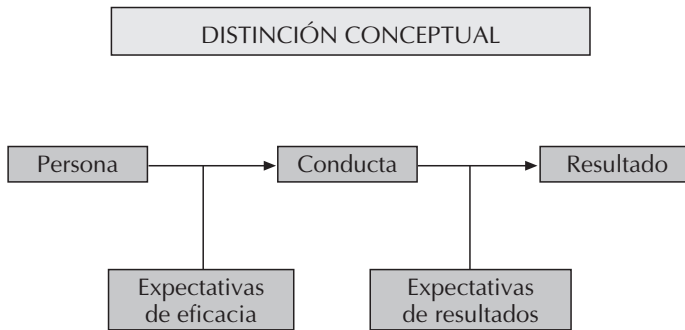
Hasta aquí hemos analizado la influencia de lo psicológico sobre la salud física, en otras palabras, hemos considerado lo psicológico como variable independiente respecto de la salud física. Pero el panorama de la psicología de la salud quedaría muy incompleto si no tenemos en cuenta las repercusiones psicológicas de los problemas de salud. El estudio de los efectos de los problemas de salud sobre los hábitos cotidianos de las personas (en el ámbito personal, familiar, social y laboral) y sobre sus emociones y estados de ánimo, constituye también un objetivo irrenunciable de la psicología de la salud. Cuando analizamos esta dirección de influencia, con una finalidad evaluativa/descriptiva o de intervención, estamos estudiando la calidad de vida y el bienestar del paciente en relación con la salud.

Y creemos que es precisamente en este punto donde la contradicción aparente de la psicología de la salud que planteábamos al principio de este apartado se muestra claramente como una simple paradoja: cuando consideramos lo psicológico como variable independiente, estudiamos su influencia sobre problemas de salud físicos (concepción restrictiva de salud), pero cuando estudiamos la influencia de los problemas de salud sobre la calidad de vida y el bienestar adoptamos plenamente la perspectiva biopsicosocial de la salud; se trata simplemente de diferentes momentos en el análisis propuesto en el MCPS. De la contemplación global de este esquema conceptual se desprende claramente que «además de la ausencia de enfermedad y de malestar o sufrimiento asociados a la misma, la salud implica muy diferentes dimensiones de bienestar, de ajuste psicológico, y de calidad de vida en el funcionamiento cotidiano» (Godoy, 1999: 41).

## 2. Autoeficacia y expectativas de resultados

La piedra angular de la teoría de la autoeficacia es la distinción planteada por primera vez por Bandura (1977) entre dos tipos básicos de expectativas: la autoeficacia (expectativas de eficacia) y las expectativas de resultados (ver figura III.1.2). La autoeficacia es una expectativa referida a la conducta, que puede definirse como la capacidad percibida para realizar una acción concreta en una situación también concreta, antes de llevarla a cabo. Las expectativas de resultados se refieren a las consecuencias que producirá dicha conducta; son, en otras palabras, anticipaciones cognitivas de las consecuencias de la conducta. En el ámbito de la psicología de la salud, estos dos tipos de expectativas suelen definirse siempre en relación con la conducta de salud que se pretende promover. Para una persona que está intentando dejar de fumar, ya sea por propia iniciativa o con ayuda psicológica, podríamos definir la autoeficacia

como la medida en que se siente capaz de no fumar en diferentes situaciones de riesgo, y las expectativas de resultados como las consecuencias (anticipadas) positivas y negativas de mantenerse sin fumar (Limonero, Prieto y Villamarín, 1991).



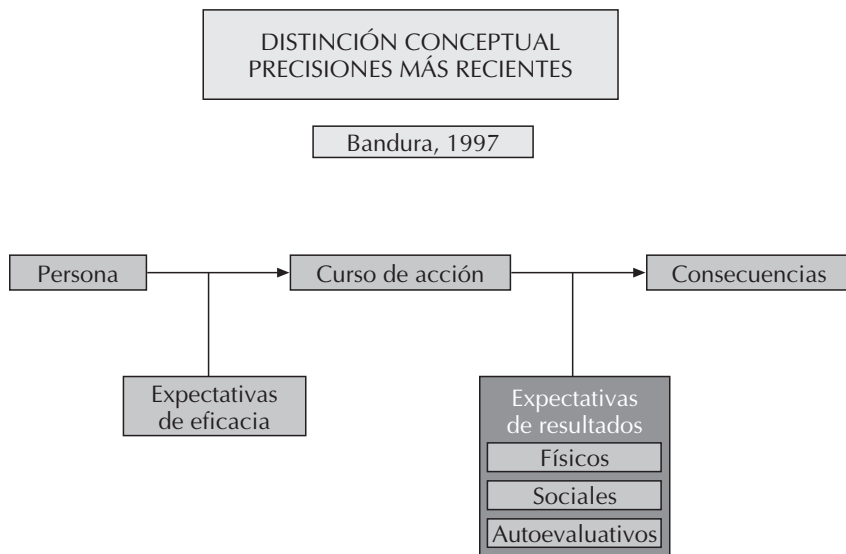
**Figura III.1.2.** Autoeficacia y expectativas de resultados

El concepto y el término resultado(s) han generado algunos problemas a la hora de operacionalizar los dos tipos de expectativas, ya que *resultado* puede (mal)interpretarse como rendimiento en la ejecución de una conducta, y también como la eficacia de un procedimiento de intervención para prevenir o controlar un problema de salud.

Para evitar este malentendido, más recientemente Bandura (1997) ha precisado que un resultado es algo que se deriva de la ejecución de una conducta, una consecuencia. Y distingue tres tipos básicos de consecuencias, y por tanto de expectativas de resultados: físicas (cambios en el propio individuo o en su entorno físico); sociales (reacciones de aprobación/rechazo por parte de las personas del entorno de la conducta de un individuo) y autoevaluativas (reacciones emocionales ante los propios logros y fracasos y la interpretación que de ellos se haga). Estos tres tipos de consecuencias pueden ser positivas y/o negativas, varían en grado de importancia, y uno las anticipa con un grado variable de probabilidad. Éstas son, pues, las dimensiones de las expectativas de resultados que hemos de intentar evaluar: probabilidad subjetiva de las consecuencias y cualidad e intensidad de su valencia.

Por otra parte, en este esquema el término conducta no equivale a actos motores simples, sino a un curso de acción. Así, por ejemplo, la conducta de salud *seguir una dieta equilibrada* implica adquirir los alimentos adecuados, cocinarlos de forma apropiada y finalmente tomarlos en las cantidades y momentos adecuados. En el diagrama de la figura III.1.3 se representan gráfi-

camente estas matizaciones más recientes de Bandura (1997) sobre la definición de los dos tipos de expectativas.



**Figura III.1.3.** Matizaciones sobre los tipos de expectativas según Bandura (1997)

Otra cuestión importante a destacar, a propósito de los dos tipos de expectativas, es que si bien a nivel teórico Bandura (1977) señaló desde un principio que los dos son importantes determinantes de la conducta, en la mayoría de estudios en el ámbito de la psicología de la salud se ha evaluado y/o manipulado únicamente la autoeficacia. Bandura (1986) ofrece la siguiente justificación a posteriori de este proceder: las consecuencias que uno anticipa en relación con una conducta dependen en gran medida de lo capaz que uno se siente de realizarla; por ello, al evaluar la autoeficacia se están evaluando, también, en cierto modo las expectativas de resultados. En nuestra opinión este argumento no es del todo válido, ya que algunas de las consecuencias de la conducta, sobre todo las de carácter social y emocional, no dependen principalmente de la competencia personal para realizarla. Lo ilustraremos con un ejemplo tomado del ámbito de la promoción de la salud: una persona puede ser (y sentirse) totalmente capaz de adquirir y utilizar correctamente un preservativo, pero la aprobación o rechazo por parte de su pareja en relación con esta conducta no depende de su competencia para llevarla a cabo, sino de su actitud en relación con la utilización de preservativos en las relaciones sexuales. Por ello nos inclinamos a pensar que la opción práctica de Bandura por la evalua-

ción en exclusiva de la autoeficacia en los estudios empíricos obedece más bien a que este constructo constituye la aportación más original de su teoría dentro del campo de las teorías motivacionales de la expectativa-valencia. En nuestra opinión, los diferentes tipos de expectativas de resultados pueden contribuir, independientemente y más allá de la autoeficacia, a predecir las conductas relacionadas con la salud.

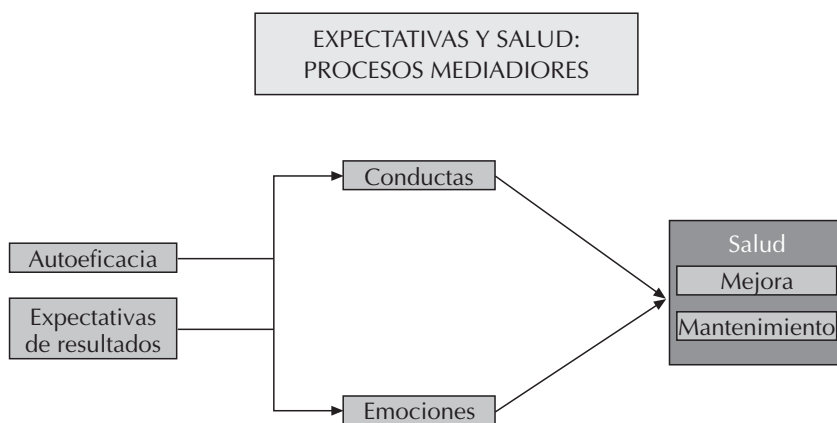
Por último consideramos muy importante no perder de vista el hecho de que la teoría de la autoeficacia constituye un *micromodelo* dentro de la teoría psicológica global de Bandura (1986) conocida desde el año 1986 como teoría cognitivo social (TCS). Si bien es cierto que dentro de la TCS el *micromodelo* de la autoeficacia ha ido cobrando cada vez mayor importancia, otros constructos de la TCS pueden contribuir también de forma eficaz a la explicación, predicción y modificación de las conductas relacionadas con la salud. El hilo conductor de la TCS es el principio del *determinismo recíproco triádico*, según el cual el funcionamiento psicológico individual resulta de la interacción entre tres tipos de factores: personales, situacionales (físicos y sociales) y la conducta. Entre los factores personales cabe destacar las cogniciones (expectativas, atribuciones causales, intenciones), las habilidades (intelectuales, motoras, sociales y auto-reguladoras) y las emociones. Entre los factores situacionales (físicos y sociales) se incluyen el contexto en que se realiza la conducta, las consecuencias de la misma que actúan como incentivos positivos y negativos, y los recursos materiales necesarios para llevarla a cabo. El término conducta hace referencia al comportamiento directamente observable para los demás.

Si nos ubicamos en esta perspectiva más amplia de la TCS, se ve claramente que la autoeficacia y las expectativas de resultados no son todos los determinantes de la conducta; como mínimo se requieren además incentivos, poseer las habilidades necesarias, y disponer de los recursos materiales pertinentes. En este punto la propuesta de la TCS es similar a la de otros modelos específicos del ámbito de la promoción de la salud, como es el modelo PRECEDE (Green y Kreuter, 1991).

### 3. Autoeficacia, expectativas de resultados y salud

La teoría de la autoeficacia propone dos mecanismos o procesos mediadores a través de los cuales las expectativas de eficacia y las expectativas de resultados pueden afectar a la salud: uno de carácter motivacional y otro de carácter emocional (ver figura III.1.4).

El mecanismo motivacional hace referencia a que los dos tipos de expectativas regulan en gran medida el esfuerzo y la persistencia que uno pone en la práctica de conductas favorecedoras de la salud. En este sentido, tanto la auto-



**Figura III.1.4.** Mecanismos o procesos mediadores de las expectativas de eficacia y las expectativas de resultados sobre la salud

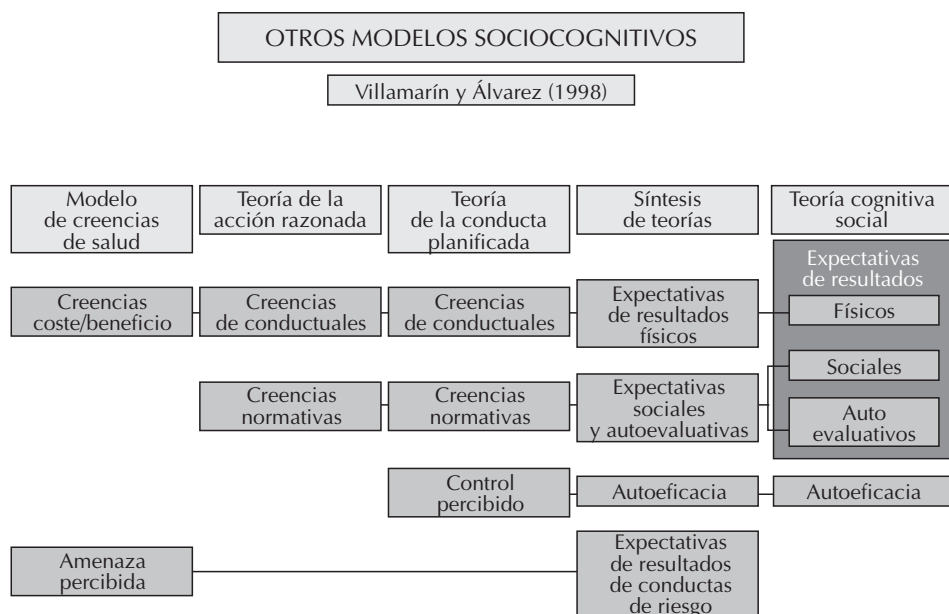
eficacia como las expectativas de resultados actúan como importantes determinantes de las conductas promotoras de la salud y de las conductas preventivas de la enfermedad, de la adhesión a las prescripciones terapéuticas y las conductas de autocuidado, de las conductas de recuperación de la salud después de accidentes y lesiones y de la restauración de los hábitos cotidianos después de episodios de enfermedad amenazantes como puede ser el infarto de miocardio.

La influencia de la autoeficacia y las expectativas de resultados sobre la salud mediada por las emociones se debe a que esas variables actúan en buena medida como moduladores del impacto emocional y la reactividad fisiológica inducida por los estresores psicosociales. En este sentido, la propuesta de la teoría de la autoeficacia es muy similar a la teoría cognitiva del estrés de Richard Lazarus (Lazarus y Folkman, 1984; Rovira, 2002; Villamarín, 1990a, 1994). De hecho, la autoeficacia y las expectativas de resultados sobre las habilidades de afrontamiento constituyen el núcleo principal de lo que Lazarus (Lazarus y Folkman, 1984) denomina la evaluación secundaria: valoración de la capacidad personal para hacer frente a las situaciones problemáticas. Tanto la teoría de la autoeficacia como la teoría del estrés de Lazarus proponen que a mayor capacidad percibida de afrontamiento de las situaciones estresantes, menor intensidad de las emociones negativas y de la reactividad fisiológica a ellas asociada. Como ya señalamos en un apartado anterior, las respuestas fisiológicas de estrés y su impacto sobre el sistema inmunitario actúan como factores de vulnerabilidad general y vulnerabilidad específica del organismo a padecer enfermedades. Por ello, en último término, la autoeficacia y las expectativas de resultados sobre

las habilidades de afrontamiento actúan como moduladores de la vulnerabilidad general y la vulnerabilidad específica a padecer enfermedades. La influencia de los dos tipos de expectativas, sobre todo de la autoeficacia, sobre diferentes indicadores de la reactividad biológica ante situaciones estresantes, está abundantemente documentada en una serie de estudios experimentales realizados, la mayoría de ellos, por el grupo de investigación de Bandura (Bandura, 1992). En esta misma línea, recientemente hemos llevado a cabo un estudio (Sanz y Villamarín, 2001) en el que manipulamos experimentalmente la autoeficacia para realizar una tarea de cálculo mental y el valor de las consecuencias negativas que hipotéticamente se derivarían del fracaso en la misma, y estudiamos su influencia sobre indicadores de la reactividad cardiovascular (frecuencia cardíaca y presión sanguínea). En general, las personas que mostraron una mayor reactividad cardiovascular fueron aquellas con una baja autoeficacia para evitar consecuencias altamente aversivas (bajo control percibido sobre consecuencias amenazantes).

La influencia de los dos tipos de expectativas sobre las conductas relacionadas con la salud en la mayoría de estudios planteados desde la teoría de la autoeficacia no se ha comprobado de forma experimental, sino que suele inferirse a partir de su capacidad predictiva sobre los comportamientos favorecedores de la salud. Dicha capacidad predictiva en algunos casos se ha mostrado incluso superior a la de medidas anteriores del propio comportamiento.

Como ya hemos señalado en un apartado anterior, en este tipo de estudios el interés se ha centrado en la autoeficacia y apenas se han evaluado las expectativas de resultados. Sin embargo, este constructo, un tanto enmascarado bajo diferentes etiquetas, constituye el núcleo central de otros modelos teóricos ampliamente utilizados en psicología de la salud (Villamarín y Álvarez, 1998): el modelo de creencias sobre la salud (MCS), la teoría de la acción razonada (TAR), y la teoría de la conducta planificada (TCP). Por otra parte, algunas de las subcategorías de expectativas de resultados utilizadas en estos modelos han mostrado una gran capacidad predictiva de las conductas de salud, incluso superior a la mostrada por la autoeficacia (Villamarín y Álvarez, 1998). Personalmente, opinamos que un análisis detallado de estos modelos puede ser de gran utilidad para la operacionalización y evaluación del constructo *expectativas de resultados*, y que los datos sobre la capacidad predictiva de las variables de estos modelos pueden contemplarse, en buena medida, como indicadores de la validez predictiva de este importante componente del control percibido, hasta ahora poco explotado en la teoría de Bandura. Por este motivo en la figura III.1.5, presentamos una síntesis de la equivalencia conceptual de los constructos en estos cuatro modelos (MCS, TAR, TCP y TAE).



**Figura III.1.5.** Síntesis de la equivalencia conceptual de los constructos en cuatro modelos (MCS, TAR, TCP y TAE)

#### 4. Teoría de la autoeficacia y prevención del VIH/SIDA

Para ilustrar la utilidad de la teoría de la autoeficacia en el campo de la psicología de la salud, describiremos, a grandes rasgos los principales aspectos de dos intervenciones psicológicas relacionadas con la prevención de VIH/SIDA, llevadas a cabo recientemente en la provincia de Barcelona.

La primera de estas intervenciones se planificó e implementó desde el Instituto Municipal de Salud Pública de Barcelona (IMSPB) en colaboración con la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB), y tuvo un planteamiento de intervención primaria: se pretendía promover entre los adolescentes escolarizados prácticas de conducta sexual segura, como la utilización del preservativo y el rechazo de relaciones sexuales con penetración no protegidas (Juarez, Díez, Cerdá, Nebot, y Villamarín, 1997).

Previamente al diseño de la intervención, se realizó una evaluación de necesidades (análisis del problema de salud) mediante la metodología global PRECEDE (Green y Kreuter, 1991), y utilizando los siguientes procedimientos concretos de recogida de información: revisión de la literatura empírica, una encuesta a una muestra amplia representativa de la población diana, y grupos focales (metodología cualitativa) con representantes de adolescentes de la población diana de ambos sexos.



Con la metodología cuantitativa se recogió información sobre diferentes aspectos del comportamiento sexual de los adolescentes, y de sus determinantes sociocognitivos definidos a partir de los constructos no redundantes de los modelos MCS, TAR y TAE. El análisis de los datos obtenidos mostró importantes diferencias entre géneros en algunos de los determinantes de la conducta sexual segura, destacando de forma especial las diferencias en autoeficacia (los chicos se mostraron más capaces de comprar, llevar y colocar preservativos, y las chicas de negociar su uso y rechazar relaciones no protegidas) y en las barreras percibidas para la utilización de preservativos (un mayor porcentaje de chicos que de chicas cree que las relaciones sexuales con preservativo son menos placenteras).

Al analizar, en la submuestra de adolescentes sexualmente activos, la relación entre los determinantes sociocognitivos y la conducta sexual segura, encontramos que los determinantes más estrechamente relacionados con la conducta fueron, por orden de importancia decreciente:

a) Respecto de la utilización de preservativos: las creencias normativas (percepción de la actitud de la pareja respecto de esta conducta), la autoeficacia para persuadir al/a la *partener* de la conveniencia del uso de preservativos, y las barreras percibidas.

b) Respecto del rechazo de relaciones no protegidas: la autoeficacia para rechazar relaciones, las creencias normativas (percepción de la actitud respecto de esta conducta por parte de los amigos), y los beneficios percibidos de esta conducta.

A partir de esta información de tipo cuantitativo y de la obtenida mediante grupos focales, diseñamos el programa de intervención siguiendo la secuenciación de fases y tareas propuestas en la metodología global *intervention mapping* (Bartholomew, Parcel y Kok, 1998). Los parámetros (lugar, implementadores, número de sesiones) y contenidos de este programa pueden verse en la figura III.1.6.

Este programa se implementó y se evaluó utilizando un diseño experimental, con un grupo de intervención y un grupo control en lista de espera, durante el curso 2001-2002. Los primeros análisis de la evaluación de este programa (*Parlem Clar*) han sido presentados en forma de comunicación en la XIV Conferencia Internacional sobre el SIDA celebrada en junio de 2002 en la ciudad de Barcelona, y muestran que esta intervención ha conseguido modificar positivamente algunos de los determinantes sociocognitivos (conocimientos, actitudes, creencias normativas) y también la conducta de utilización del preservativo.

La segunda intervención se planificó y se ha llevado a cabo en el Hospital Germans Trias i Pujol de la ciudad de Badalona (Tuldrá *et al.*, 2000). Esta intervención psicológica tiene un enfoque de prevención secundaria, ya que con

METODOLOGÍA GLOBAL: <i>INTERVENTION MAPPING</i> (BARTHOLOMEW, PARCEL Y KOK, 1997)			
PROGRAMA DE EDUCACIÓN PARA LA SALUD	LUGAR DE IMPLEMENTACIÓN	ESCUELA	
	IMPLEMENTADORES	PROFESORES Y LÍDERES DE GRUPO	
	DURACIÓN	4 SESIONES DE 1 HORA	
	CONTENIDOS	MÉTODOS DE CAMBIO	DETERMINANTES A CAMBIAR
	Instrucción «El juego de las tarjetas»	• Conocimiento • Percepción de riesgo	
	<i>Role-playing</i> «Te convenceré»	• Habilidades sociales • Autoeficacia (persuadir y rechazar)	
	Discusión de normas de grupo (actitudes) «Todos a escena»	• Creencias normativas	

**Figura III.1.6.** Parámetros y contenidos del programa de intervención

ella se pretendía incrementar la adhesión a la terapia farmacológica antirretroviral (*High Active Antiretroviral Therapy*, HAART) en pacientes ya infectados con el VIH.

Para que la terapia HAART sea realmente eficaz se requiere un índice de adhesión muy alto, en torno al 95%, y la no interrupción del tratamiento es clave para que el VIH no se vuelva resistente a la acción de los fármacos.

Por otra parte, las características de la enfermedad y del tratamiento perjudican, más que favorecen, una buena adhesión al tratamiento, ya que muchos de los pacientes infectados permanecen todavía asintomáticos, el tratamiento es complejo (muchas pastillas en diferentes dosis y combinaciones), altamente disruptivo de los hábitos cotidianos, de larga duración (toda la vida, en principio) y genera efectos secundarios, a corto, medio y largo plazo altamente aversivos.

Pensando en estas dificultades se diseñó un tipo de intervención, adaptada a las necesidades y circunstancias individuales de cada paciente, que se estructura en torno a las siguientes líneas de actuación (ver figura III.1.7):

1. Simplificar al máximo el régimen terapéutico.
2. En caso de que existan varias alternativas de tratamiento, implicar al paciente en la elección del régimen a seguir.
3. Adaptar el régimen terapéutico a la vida diaria del paciente estructurando la toma de medicación en torno a las comidas.
4. Proporcionar información detallada sobre cómo y cuándo tomar la medicación y comprobar su comprensión por parte del paciente.
5. Continuidad en la atención individualizada a cada paciente en cuestiones de adhesión (para ello cada paciente es atendido siempre por el mismo profesional).
6. Comunicación fácil y frecuente entre el paciente y el profesional de la salud (teléfono, mensajes en el móvil, correo electrónico).

Participaron en este estudio una muestra de 116 pacientes infectados con el VIH. Una parte de ellos (grupo control) recibieron el seguimiento médico habitual en estos casos, mientras que otros (grupo experimental) recibieron una intervención individualizada, siguiendo las líneas descritas anteriormente, para mejorar su adhesión terapéutica. La adhesión se midió mediante autoinforme,

<b>INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA PARA MEJORAR EL CUMPLIMIENTO DEL PROGRAMA HAART</b>	
El régimen más simple posible	El más simple será una pastilla al día
Implicación de los pacientes en las decisiones	Para fomentar el compromiso
Régimen terapéutico adaptado a la vida diaria del paciente	Estructurar la forma de medicamento en torno a la comida
Información detallada y verificación su comprensión	A veces no se cumplen las prescripciones por falta de comprensión
Personal específico para el seguimiento de la adhesión terapéutica de cada paciente	Confianza, facilitación de la comunicación y continuidad
Comunicación fluida médico-paciente	Teléfono, correo electrónico, mensajes en el móvil

Figura III.1.7. Líneas de actuación

recuento de pastillas y determinación de los niveles plasmáticos de los inhibidores de la proteasa, en cuatro ocasiones a lo largo de un año: al inicio del tratamiento, a las cuatro semanas, a los seis meses (24 semanas) y a los doce meses (48 semanas). Se evaluaron también los niveles plasmáticos de RNA.

Al cabo de 48 semanas se comprobó que en el grupo de intervención el 94% de los pacientes mantenían un nivel de adhesión adecuado (en torno a un 95% de cumplimiento terapéutico), mientras que en el grupo control sólo el 69% mantenían una adhesión adecuada. El alto nivel de adhesión se corroboró con los indicadores de concentración del VIH (carga viral) a nivel celular. Por otra parte, independientemente del grupo al que pertenecían los pacientes, su autoeficacia para seguir el tratamiento, evaluada a las 24 semanas, se mostró un buen predictor de la adhesión en la semana 48 (a mayor autoeficacia mejor adhesión).

## 5. Conclusiones

Para finalizar, intentaremos sintetizar lo expuesto hasta aquí formulando las siguientes conclusiones:

- a) La autoeficacia es un buen predictor de las conductas relacionadas con la salud.
- b) Algunos tipos de expectativas de resultados propuestos en otros modelos sociocognitivos de la psicología de la salud, tales como las creencias normativas y las barreras percibidas, son también buenos predictores de las conductas relacionadas con la salud.
- c) La teoría de la autoeficacia especifica cuáles son las fuentes de información de las expectativas (los éxitos y fracasos propios, las experiencia vicaria y el lenguaje oral y escrito) sugiriendo y facilitando de este modo, vías de intervención.
- d) La teoría de la autoeficacia constituye un submodelo dentro de la teoría cognitivo social. En ésta, además de las expectativas, se proponen otros importantes determinantes de las conductas de salud: las habilidades, los incentivos y los recursos materiales necesarios para realizar una determinada conducta.
- e) Finalmente, la teoría cognitivo social proporciona métodos y estrategias adecuadas para modificar los determinantes de las conductas de salud, y a través de ellos las conductas de salud propiamente tales. Uno de los problemas de salud en que la TCS ha mostrado mayor utilidad es en la VIH/SIDA, tanto en su prevención primaria como secundaria.

## **III.2. EXPECTATIVAS DE AUTOEFICACIA Y UTILIZACIÓN DE RECURSOS SANITARIOS EN EL SÍNDROME FIBROMIÁLGICO**

M<sup>a</sup> ÁNGELES PASTOR, ANA LLEDÓ,  
MAITE MARTÍN-ARAGÓN, NIEVES PONS,  
SOFÍA LÓPEZ-ROIG, M<sup>a</sup> CARMEN TEROL  
Y JESÚS RODRÍGUEZ-MARÍN  
Universidad Miguel Hernández de Elche

133

III. AUTOEFICACIA Y SALUD

### 1. Introducción

La fibromialgia es un síndrome cuyo síntoma principal es el dolor crónico musculoesquelético generalizado, además de otros síntomas como problemas de sueño y fatiga, que no son explicables por la exploración clínica (Goldenberg, 1994). Los estudios de prevalencia e impacto de la enfermedad muestran que los pacientes con este diagnóstico presentan limitaciones físicas, alteraciones psicológicas, como ansiedad y depresión, y utilizan con más frecuencia los servicios sanitarios que otros enfermos reumáticos, e incluso que otro tipo de enfermos crónicos (White, Speechley, Harth y Ostbye, 1999; Wolfe *et al.*, 1997). Asimismo, cuando se ha comparado el consumo de medicación entre diferentes enfermos reumáticos, los pacientes con fibromialgia consumen significativamente más fármacos, principalmente analgésicos y relajantes musculares (EPISER, 2000; White *et al.*, 1999; Wolfe *et al.*, 1997). Algunos autores han señalado que el consumo de medicación como tratamiento exclusivo y/o las excesivas relaciones de dependencia con los servicios sanitarios, pueden interferir en la incorporación de otras acciones más adaptativas (Karoly y Jensen, 1987). En este sentido, uno de los objetivos terapéuticos en el abordaje de los problemas de dolor crónico, será la disminución de la cantidad y la frecuencia de estas dos conductas (consumo de fármacos y utilización reiterada de los servicios sanitarios), además de la disminución de la percepción de intensidad del dolor y/o la modificación de las relaciones familiares excesivamente centradas en torno al problema de dolor (Pastor, 1995a,b). El objetivo último debe ser la adaptación a la situación crónica de dolor.

La investigación psicosocial sobre dolor crónico suele centrarse en el estudio de la implicación de los factores psicosociales en el estado de salud percibido por los pacientes, dedicando poca atención a las conductas de dolor en términos de uso servicios y de consumo de medicación. Sólo algunos trabajos han sugerido la implicación de estos factores en las conductas mencionadas (Barsky, 1981; Miranda, Pérez-Stable, Muñoz, Hargreaves y Henke, 1991) lo que puede implicar otro punto de partida importante para posibles cambios en la actuación terapéutica.

Del conjunto de factores psicosociales que se han analizado como predictores de conductas de salud o de adaptación a la enfermedad, y en concreto a los problemas de dolor crónico, las creencias de control aparecen como variables centrales, siendo las expectativas de autoeficacia las que mayor atención han recibido (Pastor, Martín-Aragón y Lledó, 1999). Se ha relacionado con el uso adecuado de los servicios sanitarios, con la adhesión a los tratamientos farmacológicos y con el establecimiento o mantenimiento de hábitos saludables en general (Villamarín, 1990b). En la investigación sobre dolor crónico, se ha señalado la existencia de resultados contradictorios respecto a la relevancia de las creencias de control para predecir, tanto el consumo de medicación, como el uso de servicios (Saunders, Von Korff, Pruit y Moore, 1999). Sin embargo, en la literatura revisada en pacientes con fibromialgia, sólo hemos encontrado un trabajo, que utilizando el modelo de autorregulación de conductas de salud (Leventhal, Nerenz y Steele, 1984), evalúa la implicación de las expectativas de autoeficacia en las conductas de búsqueda de servicios sanitarios (Kersh *et al.*, 2001). En él, de todas las variables consideradas, las expectativas de autoeficacia en el manejo del dolor y de otros síntomas, fueron los mejores predictores del uso de servicios sanitarios.

En general, la investigación sobre el síndrome fibromiálgico se ha realizado mayoritariamente con población atendida en los servicios especializados y, por lo tanto, con pacientes que normalmente llevan varios años de consultas médicas, sometiéndose a numerosas pruebas diagnósticas y tratamientos diferentes sin éxito. Esto implica un sesgo de selección muestral señalado repetidamente en otros trabajos (Goldenberg, Mossey y Smith, 1995; Wolfe *et al.*, 1990). Diversos autores coinciden en mencionar que los pacientes de los niveles de atención especializada diferirán significativamente de los tratados en el primer escalón asistencial: los primeros podrían tener peor pronóstico, mayores problemas de incapacidad, así como mostrar una mayor frecuencia de uso de servicios sanitarios que los segundos (Schachna y Litlejohn, 1999). Además se plantea la cuestión de la generalización de los resultados obtenidos en atención especializada a otros niveles asistenciales (Schachna y Litlejohn, 1999). Dadas estas observaciones, y teniendo en cuenta la ausencia de trabajos realizados en atención primaria en relación con las variables que nos ocupan, hemos incorporado este nivel asistencial en el estudio que presentamos. Además, en este caso es especialmente pertinente dado que es sabido que las expectativas de autoeficacia se ven afectadas por la experiencia previa, por lo que las diferencias en la historia de enfermedad mencionadas (mayor tiempo de padecimiento del problema, peor pronóstico, mayor discapacidad, y mayor uso de servicios sanitarios, entre otras), podrían afectar a la percepción de autoeficacia.

Así pues, en este trabajo nos planteamos las siguientes preguntas:

1. ¿Existen diferencias en las expectativas de autoeficacia entre las personas atendidas en el primer nivel asistencial y las atendidas en servicios especializados?
2. ¿Predicen las expectativas de autoeficacia el consumo de fármacos en cada uno de los niveles asistenciales?
3. ¿Predicen las expectativas de autoeficacia la frecuencia y el número de servicios consultados en cada uno de los niveles asistenciales?

## 2. Método

### 2.1. Sujetos

La muestra estudiada se compone de 315 pacientes con diagnóstico de fibromialgia que acudieron a consulta médica desde 1999 hasta 2001; de ellos, 101 pacientes fueron tratados en atención primaria (AP) y 214 en atención especializada (AE). Los criterios de selección fueron: diagnóstico de fibromialgia según los criterios de la Asociación Americana de Enfermedades Reumáticas (Wolfe *et al.*, 1990), ausencia de diagnóstico psiquiátrico, y mayores de 18 años.

La tabla III.2.1 presenta a modo de resumen la descripción de las variables sociodemográficas de la muestra. En ningún caso las diferencias en las variables expuestas fueron significativas.

**Tabla III.2.1.** Descripción de la muestra

	AP n (%)	AE n (%)
<b>SEXO</b>		
HOMBRE	1 (1%)	10 (5%)
MUJER	100 (99%)	204 (95%)
<b>ESTADO CIVIL</b>		
CASADA O VIVE EN PAREJA	79 (78.2%)	173 (80.3%)
SOLTERA	2 (2%)	10 (4.8%)
SEPARADA O DIVORCIADA	8 (7.9%)	17 (8%)
VIUDA	12 (11.9%)	14 (6.9%)
<b>NIVEL EDUCATIVO</b>		
NO LEE NI ESCRIBE	10 (9.9%)	19 (9%)
LEE Y ESCRIBE	23 (22.8%)	63 (29.3%)
ESTUDIOS PRIMARIOS	51 (50.5%)	114 (53.7%)
ESTUDIOS MEDIOS	15 (14.8%)	15 (6.4%)
ESTUDIOS UNIVERSITARIOS	2 (2%)	3 (1.6%)
<b>SITUACIÓN LABORAL</b>		
ESTUDIANTE	0 (0%)	2 (1%)
AMA DE CASA	34 (33.7%)	78 (36.6%)
TRABAJA	37 (35.6%)	56 (25.8%)
EN PARO	13 (12.9%)	17 (8.1%)
JUBILADO	6 (5.9%)	7 (3.2%)
DE BAJA TRANSITORIA	10 (9.9%)	39 (18.3%)
BAJA PERMANENTE	2 (2%)	15 (7.0%)
<b>EDAD</b>	<b>M = 49.82 (dt = 10.39)</b>	<b>M = 52.67 (dt = 9.01)</b>

AP: Atención Primaria; AE: Atención Especializada; M = Media; dt = Desviación típica

La descripción y análisis de diferencias de las características clínicas y de utilización de recursos sanitarios pueden observarse en la tabla III.2.2.

**Tabla III.2.2.** Descripción y análisis de diferencias de las variables de estudio

VARIABLES	AP M(dt)	AE M(dt)	t	d	%	1-β
<b>VARIABLES CLÍNICAS</b>						
<b>INTENSIDAD DOLOR (2)</b>	<b>5.71 (1.86)</b>	<b>6.02 (1.77)</b>	<b>.17</b>	<b>-1.39</b>	<b>56.8</b>	<b>.18</b>
MAYOR DOLOR ÚLTIMOS 7 DÍAS	7.82 (2.06)	8.24 (1.86)	.22	-1.74	58.7	.23
MENOR DOLOR ÚLTIMOS 7 DÍAS	3.81 (2.24)	4.14 (2.48)	.14	-1.12	55.6	.15
DOLOR ACTUAL	5.11 (2.66)	5.78 (2.49)	.27	-2.14	60.6	.28
DOLOR GENERAL ÚLTIMOS 7 DÍAS	6.10 (2.07)	5.97 (1.97)	.06	-.53	52.4	< .07
<b>PUNTOS FIBROSÍTICOS</b>	<b>12.56 (2.69)</b>	<b>15.26 (3.55)</b>	<b>.90</b>	<b>-6.70*</b>	<b>81.6</b>	<b>.99</b>
<b>PARESTESIAS (1)</b>	<b>2.62 (1.28)</b>	<b>2.71 (1.20)</b>	<b>.07</b>	<b>-.57</b>	<b>52.8</b>	<b>&lt; .07</b>
<b>CALAMBRES (1)</b>	<b>2.00 (1.30)</b>	<b>2.12 (1.37)</b>	<b>.09</b>	<b>-.67</b>	<b>53.6</b>	<b>&lt; .07</b>
<b>NÚMERO HORAS DE SUEÑO</b>	<b>6.24 (1.68)</b>	<b>5.45 (1.70)</b>	<b>.43</b>	<b>3.48*</b>	<b>66.6</b>	<b>.83</b>
<b>DIFICULTADES CONCILIAR SUEÑO(1)</b>	<b>2.25 (1.40)</b>	<b>2.84 (1.38)</b>	<b>.43</b>	<b>-3.28*</b>	<b>66.6</b>	<b>.83</b>
<b>DESPERTAR PRONTO (1)</b>	<b>2.27 (1.47)</b>	<b>2.57 (1.36)</b>	<b>.22</b>	<b>-1.66</b>	<b>58.7</b>	<b>.23</b>
<b>CANSANCIO (1)</b>	<b>3.15 (1.03)</b>	<b>3.37 (1.07)</b>	<b>.21</b>	<b>-1.57</b>	<b>58.3</b>	<b>.22</b>
<b>AÑOS CON PROBLEMA DE DOLOR</b>	<b>9.77 (10.22)</b>	<b>12.93 (11.10)</b>	<b>-2.28</b>	<b>.30</b>	<b>61.8</b>	<b>.49</b>
<b>VARIABLES DE USO DE RECURSOS SANITARIOS</b>						
<b>CONSUMO TOTAL MEDICACIÓN:</b>						
<b>ANALGÉSICOS</b>	6.59 (8.19)	11.61 (10.00)	-4.37*	.57	71.6	.94
SOMNÍFEROS	1.88 (4.34)	2.64 (3.85)	-1.47	.19	57.5	.19
ANTIDEPRESIVOS	2.20 (4.08)	2.58 (4.56)	-.65	.09	53.6	< .07
MIORELAJANTES	2.02 (4.70)	3.04 (4.58)	-1.69	.22	58.7	.23
<b>NÚMERO MEDICACIÓN DIFERENTE(1)</b>	<b>1.65 (1.02)</b>	<b>1.85 (1.11)</b>	<b>-4.08*</b>	<b>.49</b>	<b>68.8</b>	<b>.91</b>
<b>FRECUENCIA VISITAS TOTAL</b>	<b>10.07 (6.6)</b>	<b>9.75 (7.61)</b>	<b>-.39</b>	<b>.05</b>	<b>51.9</b>	<b>&lt; .07</b>
<b>NÚMERO SERVICIOS DIFERENTES(3)</b>	<b>2.03 (1.44)</b>	<b>2.53 (1.29)</b>	<b>-3.08</b>	<b>.37</b>	<b>64.4</b>	<b>.64</b>
<b>VARIABLES DE AUTOEFICACIA</b>						
<b>EXPECTATIVAS AUTOEFICACIA PARA:</b>						
<b>MANEJO DOLOR(4)</b>	<b>44.02 (24.67)</b>	<b>38.08 (21.66)</b>	<b>2.12</b>	<b>0.26</b>	<b>60</b>	<b>0.27</b>
<b>CONTROL SÍNTOMAS</b>	<b>65.28 (20.09)</b>	<b>60.51 (19.14)</b>	<b>1.99</b>	<b>0.24</b>	<b>59</b>	<b>0.25</b>
<b>CAPACIDAD FUNCIONAL</b>	<b>74.28 (22.22)</b>	<b>67.92 (22.91)</b>	<b>2.28</b>	<b>0.28</b>	<b>61</b>	<b>0.46</b>

AP: Atención Primaria; AE: Atención Especializada  
 (1) Rango 0-4; (2) rango 0-8; (3) rango 0-10; (4) rango 0-100  
 M = Media; dt = Desviación típica  
 (\*) p ≤ 0.01



## 2.2. Procedimiento

Todos los sujetos fueron entrevistados individualmente por un psicólogo en sus respectivos servicios (AE y AP), y sin la presencia de acompañantes. Los enfermos eran remitidos según su orden de llegada a la consulta, previa aceptación voluntaria y firmada de colaboración con el estudio, y siempre que cumplieran los criterios de inclusión ya descritos.

## 2.3. Variables e instrumentos

*Variables sociodemográficas.* Cuestionario ad hoc.

*Variables de historia clínica.* Número de puntos fibrosíticos según la ACR (Wolfe *et al.*, 1990), tiempo de padecimiento del problema (en años), número de horas de sueño, frecuencia de parestesias, calambres, dificultades para conciliar el sueño, despertar temprano, y sensación de cansancio matutino. Estas cinco últimas variables de frecuencia de síntomas se valoran en una escala de 0 a 4 (0 = nunca; 1 = rara vez; 2 = algunas veces; 3 = a menudo y 4 = casi siempre). Percepción de intensidad del dolor obtenida a partir de la media de 4 ítems: dolor máximo, mínimo y general durante los últimos siete días, y dolor en el momento de la entrevista (Jensen, Turner, Turner y Romano, 1996). Todos los ítems fueron evaluados con una escala numérica de 0 a 10 (0 = nada de dolor; 10 = el mayor dolor que pueda imaginar). Este instrumento tiene una alta consistencia interna (alfa de Cronbach = .83).

*Variables Psicosociales.* Expectativas de autoeficacia evaluadas con el cuestionario de autoeficacia en dolor crónico (Martín-Aragón, Pastor, Rodríguez-Marín, March, Lledó, López-Roig y Terol, 1999). Para este trabajo, utilizamos como variables los tres factores específicos del instrumento, autoeficacia en el control de síntomas, autoeficacia en funcionamiento físico y autoeficacia en manejo del dolor.

*Variables de uso de medicación y servicios.* Número de medicamentos –analgésicos, relajantes musculares, antidepresivos y somníferos– que el paciente suele consumir de forma habitual. Se señala el número de días a la semana y la cantidad ingerida para cada uno de los tipos de medicamentos utilizados. De ahí, obtenemos las siguientes variables: «consumo total de cada tipo de medicación» (producto del número de días a la semana por el número de tomas diarias para cada tipo), y «número de medicación diferente».

En relación con el uso de servicios, utilizamos las variables de frecuencia de visitas médicas a diferentes servicios («frecuencia visitas total»), «número de servicios diferentes consultados» (suma de los diferentes tipos posibles consultados; rango desde 1 = un sólo servicio, 8 = los 8 tipos de servicios) y frecuencia de visitas a su servicio («uso de su servicio»), en esta última se conta-

biliza el número de visitas realizadas a parte de la anterior al momento de la entrevista. Todas las variables están referidas a los últimos 12 meses.

Para evaluar las diferentes variables mencionadas, se elaboró un listado de servicios sanitarios que recoge la frecuencia de consulta por el problema de dolor durante los últimos 12 meses.

### 3. Resultados

¿Existen diferencias en las expectativas de autoeficacia entre las personas atendidas en el primer nivel asistencial y las atendidas en servicios especializados? Como se observa en la tabla III.2.2, no existen diferencias significativas en ninguno de los casos.

¿Predicen las expectativas de autoeficacia el consumo de fármacos en cada uno de los niveles asistenciales? (tabla III.2.3.)

¿Predicen las expectativas de autoeficacia la frecuencia y el número de servicios consultados en cada uno de los niveles asistenciales? (tabla III.2.3.)

**Tabla III.2.3.** Análisis predictivo

		R <sup>2</sup>	Cambio R	F	β
<b>VARIABLES PREDICTORAS DE CONSUMO DE FÁRMACOS</b>					
AP	ANALGÉSICOS Aef. Manejo del dolor	.13	.15	11.83*	-.38*
	ANTIDEPRESIVOS Tiempo padecimiento Aef. Control de síntomas	.15	.09 .09	6.98*	.23 -.30*
AE	ANALGÉSICOS Despertarse temprano Intensidad del dolor	.05	.04 .02	5.46*	.16 .16
	SOMNÍFEROS Dificultades para dormirse Tiempo padecimiento Aef. Manejo del dolor	.13	.06 .04 .04	9.86*	.16 .17 -.22*
<b>VARIABLES PREDICTORAS DE USO Y NÚMERO DE SERVICIOS CONSULTADOS</b>					
AP	Nº SERVICIOS DIFERENTES Aef. Control de síntomas	.07	.08	6.21	-.28*
AP	FRECUENCIA TOTAL VISITAS Tiempo padecimiento Aef. Control de síntomas	.12	.05 .07	12.92 -	.21* .27*

(\*)  $p \leq 0.01$ ; AP: Atención Primaria; AE: Atención Especializada; Aef.: Autoeficacia.

Cuando exploramos la capacidad predictiva de la autoeficacia y las variables clínicas en el consumo de medicación y la utilización de servicios sanitarios, observamos que estas variables predicen de un modo diferente en cada nivel asistencial. En relación con el *consumo de fármacos* la autoeficacia se presenta como el mejor predictor en atención primaria. Así, las personas que se perciben más eficaces para manejar su problema de dolor realizan un menor consumo de la medicación específica para el dolor (analgésicos). De forma similar, las personas que se perciben eficaces en el manejo de otros síntomas asociados al problema de dolor, realizan un menor consumo de la medicación que se utiliza para ello (antidepresivos). Estos resultados apoyarían los presupuestos teóricos de la teoría de la autoeficacia sobre la especificidad de estas expectativas en la predicción de conductas (Bandura, 1987).

Los resultados obtenidos en atención especializada son algo diferentes. En primer lugar, cabe señalar que, a pesar de que variables clínicas como el despertar temprano y la intensidad del dolor predijeron una proporción significativa de la varianza en el consumo de analgésicos, el porcentaje explicado fue bastante bajo (5%). Este resultado junto con que ninguna de esas variables hizo un aporte significativo por separado, hace que nos cuestionemos su importancia en la predicción del consumo de analgésicos. En segundo lugar, y en relación con el consumo de somníferos, aunque dos variables clínicas formaron parte del modelo junto con la autoeficacia en el manejo del dolor, sólo ésta fue un predictor significativo. Ninguna de las variables estudiadas fueron predictoras del consumo de relajantes musculares (miorelajantes) en ninguno de los niveles asistenciales.

En general los resultados mencionados apoyan los obtenidos en un estudio realizado con una muestra de dolor crónico en atención primaria, en donde la creencia de autoeficacia para el manejo del problema predijo significativamente un menor consumo de medicación (Saunders *et al.*, 1999). Por lo tanto, y a pesar de que los porcentajes de varianza explicada son moderados, la intervención preventiva en estos pacientes podría tener como uno de sus objetivos el incremento de la percepción de autoeficacia en el manejo del dolor. Debemos tener en cuenta que este factor de autoeficacia explica el consumo de analgésicos en atención primaria (que es significativamente diferente entre las muestras) y el consumo de somníferos en atención especializada (que es la muestra que presenta significativamente más problemas de sueño), por lo que debe ser uno de los focos de interés en los programas de intervención que se dirijan a dotar de habilidades alternativas al consumo de fármacos para el manejo de los síntomas.

En relación con la utilización de servicios sanitarios, y en la línea de los resultados obtenidos por Kersh *et al.* (2001) la autoeficacia, y en concreto la autoeficacia en el control de síntomas, fue el predictor más relevante del uso de

servicios sanitarios en ambos niveles asistenciales. En el caso de atención primaria fue la única variable predictora, aunque con un porcentaje bajo de varianza explicada (sólo el 7%). En atención especializada, predijo la frecuencia total de visitas junto con el tiempo del padecimiento del dolor. Resulta interesante señalar que siendo el dolor el problema central de este síndrome, es precisamente la percepción de autoeficacia en el control de síntomas y no la del manejo del dolor la que determina un menor uso de los servicios médicos. Lo cual sugiere de nuevo que en los programas de intervención hay que incluir como objetivo fundamental el dotar de recursos para manejar los otros síntomas relacionados con el problema (depresión, ansiedad, problemas de sueño, entre otros), desarrollando y fomentando experiencias de éxito en su manejo.

Los resultados obtenidos en relación con el tiempo de padecimiento del problema en la predicción del uso de servicios, no apoyan los obtenidos en la mayoría de las investigaciones realizadas con muestras de dolor crónico en general, donde un mayor tiempo de padecimiento del problema se relaciona con un menor uso de servicios (Lundeen, 1991; Miller y Hafner, 1991). Posiblemente las diferentes patologías estudiadas expliquen estas diferencias, puesto que la fibromialgia genera más incertidumbre que otros problemas de dolor con etiología establecida. Cabe señalar que en otros trabajos realizados con pacientes con fibromialgia no se han encontrado relaciones significativas entre estas mismas variables (Aaron *et al.*, 1996; Wallen, Oliver, Groessl, Cronan y Rodríguez, 2001). En nuestro caso, aunque sí que aparece como un predictor significativo en atención especializada, el aporte es únicamente del 5% y cabe señalar que aumenta a un 12% junto con las expectativas de autoeficacia en el control de síntomas.

#### 4. Discusión

Nuestro primer objetivo era estudiar la percepción de autoeficacia en ambos niveles asistenciales; en este sentido, no hemos obtenido diferencias entre las muestras. Este resultado no apoyaría las sugerencias de los distintos autores sobre las diferencias psicosociales entre pacientes atendidos en diferentes niveles asistenciales (Schachna y Litlejohn, 1999; Wolfe *et al.*, 1995). Se esperaba que los pacientes de asistencia especializada presentaran una menor percepción de autoeficacia asociada quizá a una mayor historia de experiencias de fracaso en el manejo del problema de dolor que las pacientes de primaria. Sin embargo, podemos destacar que la tendencia de las puntuaciones medias son más altas en una muestra que en otra, aunque no de forma significativa. La semejanza de las muestras en las variables clínicas, incluidas el tiempo de padecimiento del problema y la percepción de la intensidad del dolor, podría explicar el resultado obtenido. Además, cabe señalar que en ninguno de los niveles asis-

tenciales trabajamos con pacientes de primera visita o recién diagnosticados, sino que todos ellos eran pacientes habituales por su problema de dolor en el servicio correspondiente.

En conclusión, este trabajo nos permite destacar la importancia de las expectativas de autoeficacia, frente a la de variables clínicas como la intensidad del dolor, entre otras, en la predicción del consumo de fármacos y del uso de los servicios sanitarios. En concreto las expectativas asociadas al manejo del dolor y de otros síntomas y no las asociadas a la capacidad funcional. Estos factores de autoeficacia se asocian de forma diferencial con los dos grupos de variables dependientes consideradas; esto es, la autoeficacia para el manejo del dolor es más importante en la explicación del consumo de medicación, y la autoeficacia en el control de síntomas explica mejor el uso de servicios. Esto sugiere el diseño de intervenciones que compartan el objetivo de aumentar las expectativas de autoeficacia, pero que deberán ser específicas en función de la conducta desadaptativa que ejecute el paciente: en el caso de que se detecte un consumo excesivo de medicación o una dependencia casi exclusiva de los tratamientos farmacológicos, las estrategias deberán dirigirse fundamentalmente al incremento de la percepción de eficacia tanto para manejar el dolor, y en el caso de que se considere que el paciente está haciendo un uso indebido y excesivo de los servicios sanitarios, el entrenamiento deberá dirigirse a fomentar expectativas de autoeficacia en el control de otros síntomas.

### III.3. CREENCIAS DE AUTOEFICACIA Y CONDUCTA DE AUTOEXPLORACIÓN EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA

SOFÍA LÓPEZ ROIG, M<sup>a</sup> CARMEN NEIPP,  
M<sup>a</sup> ÁNGELES PASTOR, M<sup>a</sup> CARMEN TEROL\* Y  
BARTOMEU MASSUTÍ\*\*

\*Universidad Miguel Hernández de Elche

\*\*Hospital General Universitario de Alicante

#### 1. Introducción

La importancia de los hábitos y de determinadas conductas en el estado de salud es, hoy en día, indiscutible. Desde la Psicología, los modelos que se acercan a la explicación de los determinantes de dichas conductas realizan una aportación valiosa para la comprensión y la modificación de las mismas y, por tanto, para la salud de los individuos.

El desarrollo de la teoría social cognitiva (Bandura, 1977, 1987, 1997) ha generado estudios en ese ámbito, entre muchos otros, mostrando que las expectativas de autoeficacia constituyen un factor que de modo individual o integrado con otros explican dichas conductas y proporcionan herramientas para el cambio hacia la adopción de hábitos de salud. Diferentes estudios con enfermedades crónicas, por ejemplo, han mostrado que un fuerte sentido de autoeficacia se ha asociado positivamente con el estado emocional, la adaptación psicosocial (Martín-Aragón *et al.*, 2000; Pastor *et al.*, 1999; Penninx *et al.*, 1998; Rosenbaum y Smira, 1986) y también, con un incremento en diferentes conductas de autocuidado, la adherencia al tratamiento y acudir a programas de screening, entre otros (Baker, 1988; Lev, 1997; Utz, Shuster, Merwin y Williams, 1994).

En el contexto de las enfermedades oncológicas, las creencias de autoeficacia muestran su capacidad como variable cognitiva y motivacional que predice la realización de conductas preventivas dirigidas a la detección precoz (acudir a realizarse una mamografía, una revisión ginecológica, o realizar la autoexploración mamaria) (Friedman, Nelson, Webb, Hoffman, y Baer, 1994; Kurtz, Given, Given, y Kurtz, 1993; Lev, 1997). En relación a ésta última, algunos trabajos han mostrado que la percepción de eficacia en realizar esta conducta predice la realización de la misma (Friedman *et al.*, 1994; Lev y Owen, 1996).

También en fases de enfermedad, las creencias específicas de autoeficacia se han relacionado con el control de vómitos anticipatorios durante períodos de tratamiento con quimioterapia y otras conductas (Blasco y Villamarín, 1993).

En otras etapas de enfermedad como fases posteriores al tratamiento, una de las principales tareas de adaptación de los enfermos con cáncer consiste en

mantener la sensación de control ante la posibilidad de una recidiva. Los protocolos de seguimiento ofrecen una alternativa de control médico, al incluir revisiones periódicas de distintos parámetros significativos de evolución de la enfermedad. En el caso de mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, la conducta de autoexploración mamaria (en la zona operada y en la mama contralateral) añade posibilidades de control ante dicha amenaza, en este caso a través de la propia conducta del individuo. En un porcentaje importante, el diagnóstico inicial se produce cuando la mujer se detecta un nódulo. Y de igual modo, en la fase de seguimiento, supone una estrategia sencilla y sin costos que aumenta las probabilidades de detección precoz de una posible recidiva, mejorando los resultados de un eventual tratamiento; en comparación con la baja relación costo-eficacia del protocolo médico completo (Kagan y Steckel, 1991; Schapira y Urban, 1991).

En este contexto, resulta interesante y útil estudiar, como propone Bandura (1987; 1997) la capacidad de las creencias de autoeficacia para predecir la conducta de autoexploración mamaria. Y, en línea con la teoría, si lo hace conjuntamente con una expectativa de resultados positivos y deseables como consecuencia de dicha conducta.

Por otro lado, frente al concepto clásico de autoeficacia (entendida como la capacidad que los individuos perciben que tienen para realizar determinadas conductas y solucionar un problema), Schwarzer (1992; 1994) propuso uno más general, referido al sentimiento estable de competencia personal para manejar eficazmente cualquier tipo de situación estresante. Se asume aquí que esta creencia es más apropiada para la predicción de conductas más generales relacionadas con el estilo de vida de los individuos. Es razonable pensar, que personas con fuertes creencias en su capacidad general para producir cambios exitosos en su entorno, irán acompañados por múltiples cambios en como los sujetos interactúan con su ambiente físico y social, es decir, en conductas específicas (McCarthy y Newcomb, 1992). En la fase de seguimiento, las mujeres con cáncer de mama han superado etapas anteriores más estresantes, por lo que habrán generado, sobre la base de su experiencia, creencias de control más generales, referidas a su capacidad manejar situaciones difíciles y amenazantes. Y es posible que este sentido de autoeficacia general pueda influir en la práctica de la conducta de autoexploración mamaria. Aunque existen datos sobre la asociación de esta creencia con un mejor estado emocional en pacientes con fibromialgia, ha sido muy poco utilizada en relación con conductas específicas en investigaciones con enfermedades crónicas (Pastor *et al.*, 1999).

Así, este trabajo tiene como objetivos, en primer lugar, establecer la frecuencia de conducta de autoexploración mamaria, y comprobar si existen diferencias entre las mujeres que se exploran y las que no, en cuanto a las creencias específicas de autoeficacia y expectativas de resultado, por un lado, y en

las creencias de autoeficacia general, por otro. Y después, determinar la capacidad predictiva de estas creencias sobre dicha conducta a lo largo de un periodo de tiempo. Esperamos encontrar puntuaciones más altas en los tres tipos de creencias entre ambos grupos de pacientes. Así mismo, esperamos que las creencias de autoeficacia en realizar la autoexploración mamaria sean las que tengan mayor poder predictivo sobre la conducta de autoexploración.

## 2. Método

### 2.1. Procedimiento

Entre octubre de 1999 y 2001 los oncólogos de la Unidad de Oncología del Hospital General Universitario de Alicante seleccionaron 173 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama, que habían finalizado el tratamiento y estaban asignadas al protocolo estándar de seguimiento. Este protocolo incluye revisiones periódicas durante un periodo de 10 años, a intervalos de 6 meses en los 5 primeros años y anuales durante los 5 siguientes. Las pacientes fueron entrevistadas previo consentimiento y antes de pasar a la consulta con el médico. 12 mujeres (6.93%) rechazaron participar en el estudio y 30 (17.34%) no fueron incluidas debido a que estaban en tratamiento psiquiátrico o tuvieron problemas de comprensión en algunas cuestiones. No hubo diferencias significativas ni en variables sociodemográficas ni clínicas con las mujeres que participaron en el estudio. La muestra final consta de 131 pacientes.

La media de edad fue de 58 años (dt. = 11.15; Rango = 26-82 años). Su nivel educativo era bajo ya que un 36.6% sólo leía y escribía; un 45% habían cursado los estudios primarios; y el 18.3% restante se distribuían el resto de los niveles (3.8% iletrado, 7.6% estudios secundarios y 6.9% estudios universitarios). El nivel de ingresos era bajo o medio: 40% tenían un nivel de ingresos inferior a 600 euros y el 41.8% se encontraba entre 600 y 1.200 euros. La mayoría eran amas de casa (76.3%) y estaban casadas (74.8%). En relación con las variables clínicas, la media del tiempo en seguimiento hasta su primera entrevista fue de 4.48 años (dt = 3; Rango = 0 - 13.8 años); un 64.1% se encontraba dentro de los primeros 5 años de seguimiento y un 35.9% llevaba más de 5 años. Fueron diagnosticadas principalmente en estadio I o II (17.2% y 70.4% respectivamente), con un 10.1% en estadio III y un 2.3% en el IV. Excepto en dos casos, todas estaban operadas (36.6% tumeroctomía, 42.7% mastectomía simple o 18.3% mastectomía radical); todas habían sido tratadas con quimioterapia; y un 49.6%, además, estaba recibiendo tratamiento hormonal.

Los datos fueron recogidos en dos tiempos; las entrevistas en el tiempo 2 (T2) se realizaron a los 6 o 12 meses después del tiempo 1 (T1), en función de si se encontraban dentro de los primeros 5 años adscritas al protocolo de seguimiento,



o si llevaban más de 5 años, respectivamente. En el segundo tiempo 21 pacientes (16%) abandonaron el estudio. Las principales razones fueron su falta de motivación, o la recaída en el caso de 2 pacientes. Así, el análisis longitudinal sólo incluye los datos de 110 mujeres.

## 2.2. Instrumentos

En primer lugar, preguntamos sobre la conducta de autoexploración mamaria. Obtuvimos, en su caso, o bien información sobre *frecuencia de exploración* (una vez al día, una vez a la semana, una vez al mes o una vez al trimestre); o bien sobre los motivos por los que no la realizaban.

En segundo lugar, hemos evaluado las creencias específicas de autoeficacia y expectativas de resultados referidas a la autoexploración mamaria, con ítems diseñados ad hoc.

Las tres preguntas que evalúan la *autoeficacia en la autoexploración mamaria* indican la confianza en la propia habilidad para realizar la autoexploración: «¿cuánta seguridad tiene en su capacidad para realizar correctamente la autoexploración mamaria sin ayuda de nadie?», «... encontrar un nódulo en su mama?» y «... enseñar a otras mujeres a explorarse su mama?». Se basan en ítems de investigación sobre conductas preventivas del cáncer (González, 1990).

Las *expectativas de resultados* de la exploración mamaria se evaluó preguntando: «¿cree que la exploración mamaria correcta es eficaz para detectar una posible reaparición de su enfermedad?». Así mismo, se evaluaron las creencias de eficacia atribuidas a las distintas pruebas de revisión, ente ellas, a la exploración mamaria realizada por el médico.

Por último, hemos administrado la escala de autoeficacia general de Baessler y Schwarzer (1996) que evalúa el grado en que las personas se perciben eficaces para manejar cualquier tipo de acontecimiento o problema. La validación realizada en muestra española (Martín-Aragón, Pastor, López-Roig, Rodríguez-Marín, y Terol, 1997) incluye 9 de los 10 ítems originales, que se agruparon en dos factores: «Autoeficacia centrada en el manejo de situaciones difíciles e imprevisibles» y «Autoeficacia centrada en el propio esfuerzo».

En todas las variables de creencias la escala de respuesta es tipo Likert de 5 puntos (1 = completamente en desacuerdo; 5 = completamente de acuerdo), donde las puntuaciones más altas indican mayor intensidad de la creencia.

## 2.3. Análisis estadísticos

Para evaluar las diferencias entre las mujeres que se realizaban la autoexploración mamaria y las que no, se empleó la T-Student. Se llevó a cabo una regresión hacia delante (*forward*) para determinar el poder predictivo de cada variable, donde se introdujeron las creencias de autoeficacia y las expectativas

de resultado específico como predictores en el T1 y la conducta de autoexploración mamaria como variable dependiente en el T1 y T2. Para todos estos análisis utilizamos el paquete estadístico SPSS (versión 10.0).

### 3. Resultados

De las 131 mujeres el 58% (N = 76) practicaba la autoexploración mamaria. La mayoría de ellas, un 64.5%, lo hacía frecuentemente (43.4% a diario y 21.1% cada semana) y el resto presentaba una frecuencia menor (23.7% una vez al mes, y 11.8% una vez al trimestre). La mayoría comentaba que se exploraban en la ducha; afirmaba que les proporcionaba «sensación de control» y más tranquilidad y que se había convertido en una conducta casi automatizada

El 42% (N = 55) restante informó no explorarse, principalmente, porque no sabía hacerlo (47.3%) o no creía poder realizarla correctamente (14.5%), o por miedo a encontrarse un bulto (25.5%).

En contraste, la expectativa de resultados beneficiosos de la exploración mamaria es alta. La mayoría de las mujeres (83.2%) creía que la exploración mamaria realizada correctamente era muy eficaz para detectar una posible recidiva. No encontramos a este respecto diferencias entre ambos grupos de mujeres ( $t = -.65$ ;  $p = .521$ ). En el mismo sentido, a la exploración mamaria realizada por el médico, un 81% de las pacientes le atribuyeron una alta utilidad para la detección precoz, por encima de la eficacia atribuida al análisis de sangre, mamografía, radiografía y anamnesis.

Con respecto a las creencias específicas de autoeficacia, y comparando el grupo de mujeres que se exploraba con el que no lo hacía, un 43.4% tuvo mucha seguridad en realizar correctamente la autoexploración, frente al 21.8%; en un 59.2% de los casos las mujeres estaban muy seguras de poder encontrar un nódulo en sus mamas si lo hubiere, frente al 30.9%; y un 38.2% estaba muy seguro de poder enseñar correctamente a otras mujeres frente al 16.4%. Estos resultados se confirman en el análisis de diferencias realizado con la puntuación global, en donde encontramos que las creencias específicas de autoeficacia fueron significativamente más altas en las mujeres que realizaban la conducta de autoexploración ( $M = 65.68$ ;  $dt = 28.90$ ; rango = 0 - 100) vs las que no se exploraban ( $M = 34.85$ ;  $dt = 30.52$ ) ( $t = 5.87$ ;  $p < .001$ ).

Así mismo, las mujeres que realizaban la autoexploración mamaria también puntuaron significativamente más alto en autoeficacia general en el factor de «Autoeficacia centrada en el manejo de situaciones difíciles e imprevisibles» ( $M = 84.93$ ,  $dt = 16.34$ ; rango = 0 - 100), que las pacientes que no se exploraban ( $M = 73.91$ ,  $dt = 25.18$ ) ( $t = 2.84$ ;  $p < .01$ ). Por último, no encontramos diferencias entre ambos grupos de mujeres según las variables de tiempo en seguimiento y de edad.

Un análisis de regresión en el T1 indicó que la autoeficacia en la autoexploración mamaria tuvo mayor poder predictivo ( $R^2 = .21$ ;  $\beta = .42$ ,  $p < .001$ ) sobre la conducta de autoexploración mamaria que la autoeficacia general ( $R^2 = .02$ ,  $\beta = .16$ ,  $p < .05$ ). Y, además, en el T2 sólo la autoeficacia específica predijo esta conducta ( $R^2 = .17$ ,  $\beta = .47$ ,  $p < .001$ ). Por su parte, la expectativa de Resultados de la exploración mamaria no predijo la conducta de exploración en ninguno de los dos tiempos y no añadió capacidad predictiva a la autoeficacia específica.

#### 4. Discusión

Los resultados muestran, en primer lugar, que hay una importante cantidad de mujeres que practica la autoexploración mamaria con asiduidad y que se siente más capaz de realizarla adecuadamente, en comparación con las que no se exploran. Ni el tiempo en seguimiento, ni la edad, variables que podrían influir en esta conducta, parecen dar cuenta de las diferencias entre ambos grupos. Es destacable, por otro lado, el alto porcentaje de mujeres que no se exploran y que reconocen, como causa principal, que no saben cómo hacerlo (o que no se creen capaces de hacerlo correctamente). Así, los datos que aportan ambos grupos apuntan que la percepción de alta o baja eficacia que perciben tener las mujeres respecto a practicar correctamente una autoexploración mamaria introduce diferencias en la realización o no de la conducta de autoexploración.

Estos resultados apoyan la relación entre creencias y conducta, en los términos esperados y en el sentido de las propuestas teóricas de Bandura (1977, 1987, 1997). La predicción positiva y significativa en el tiempo, además, era también esperable sobre la base de dichas propuestas, en un proceso en el que la conducta de autoexploración y las creencias específicas que aparecen asociadas, probablemente retroalimentan la experiencia de control a medida que evoluciona la enfermedad. Aunque no es posible determinar cuál es la secuencia entre ambas variables en el origen del proceso, el análisis longitudinal de este estudio sí permite confirmar la influencia de las creencias específicas de autoeficacia en el mantenimiento de la conducta de autoexploración a lo largo del tiempo.

Dentro del grupo de mujeres que no se explora, una cuarta parte reconoce que no lo hace por el «temor a encontrar algo». Este hecho, que no por minoritario es menos importante, nos orienta hacia la existencia de otros mecanismos explicativos de esta conducta. En este caso, la amenaza de la posible recidiva es controlada con una estrategia de afrontamiento distractora, en este caso evitadora. Si bien la evitación como modo de afrontamiento tiene efectos positivos, en términos de emoción y de parámetros de adaptación, cuando se combina con otras estrategias aproximativas (López-Roig, Neipp, Pastor, Terol, y Castejón,

1999); también puede resultar perjudicial en cuanto a que, como en este caso, el acercamiento activo a la situación ofrece resultados beneficiosos.

La expectativa de resultados respecto a la conducta de exploración no diferencia a ambos grupos ni añade poder predictivo a las creencias de autoeficacia. En general la mayoría de mujeres le atribuye una alta utilidad para la detección precoz de una recidiva. Así pues, esta expectativa es alta y está ligada a la realización de una conducta de exploración adecuada, tanto si la practica la propia paciente (y por tanto el resultado está unido a la autoeficacia en realizar la conducta), como si la realiza el médico (a quien las mujeres le atribuyen en general una alta eficacia en la exploración).

Los resultados, por último, muestran que la autoeficacia general tuvo menor poder predictivo que la específica en el T1 y que ésta última fue la única que predijo la conducta a lo largo del tiempo. Este resultado confirma la afirmación de Bandura (1987; 1997), en el sentido de que, para predecir conductas de salud, las creencias específicas acerca de realizar una conducta determinada de salud tienen más capacidad predictiva que otras creencias más generales. Aunque la autoeficacia general explicó una pequeña parte de la conducta de autoexploración no podemos afirmar que tenga una gran influencia en la misma. Esta creencia general sobre la eficacia de las pacientes en manejar eventos estresantes pueda ser la manifestación de la percepción de control que comentamos arriba. En este sentido, no influiría tanto en conductas específicas de salud, sino más bien, en pautas más generales relacionadas con su estilo de manejo de situaciones difíciles (McCarthy y Newcomb, 1992).

Este trabajo pone de manifiesto, una vez más, la verificación de las propuestas básicas de la teoría social cognitiva. Nos orienta hacia la posibilidad de proporcionar una herramienta sencilla de control interno en el cuidado de la salud a las mujeres que han padecido un cáncer de mama y que están afrontando la etapa de seguimiento. El aumento de las creencias de autoeficacia en la exploración mamaria, como elemento básico en la instauración de esta conducta, se puede implementar de modo sencillo con la indicación sistemática y el entrenamiento de las pacientes. Las expectativas de resultados positivos parecen deducirse por la mayoría de pacientes. Si el personal de salud enseña a las mujeres a realizarse correctamente la exploración de su mama tendría como consecuencia un incremento en su eficacia para realizarla y para encontrar un nódulo aumentando a su vez, la realización de la conducta y, probablemente, la sensación de control sobre el progreso de su enfermedad.

### **III.4. INFLUENCIA DE LA AUTOEFICACIA EN LOS RESULTADOS DE LOS PACIENTES SOMETIDOS A UN TRATAMIENTO DE REHABILITACIÓN FÍSICA**

ESTHER SITGES, JESÚS RODRÍGUEZ MARÍN,  
M<sup>a</sup> ÁNGELES PASTOR, SONIA TIRADO,  
JOSÉ JOAQUÍN MIRA, MAITE MARTÍN-ARAGÓN  
Universidad Miguel Hernández de Elche

#### 1. Introducción

La evaluación de resultados de las intervenciones clínicas, ha evolucionado motivada, entre otros, por los cambios sufridos en la concepción de la salud, siendo gradualmente aceptado por los todos los profesionales que los resultados obtenidos en los parámetros biológicos describen únicamente una pequeña parte del total de efectos que los cuidados de salud tienen en los individuos.

En los estudios sobre la evaluación de la rehabilitación física con la inclusión de la calidad de vida en el contexto clínico, se introdujo una perspectiva que ampliaba la mera evaluación funcional. Los pacientes que acuden a los servicios de rehabilitación han de adaptarse a limitaciones funcionales de larga duración, y así la calidad de vida es el resultado de las diferentes respuestas de los pacientes al padecimiento de su enfermedad, al tratamiento y a sus consecuencias (Rodríguez-Marín, 1993). Es por ello por lo que cada vez son más numerosos los estudios que consideran necesaria una evaluación de los aspectos psico-sociales de los pacientes como parte de la evaluación de los resultados en la rehabilitación física (Chubon, 1994; Ekberg y Wildhagen, 1996; Granger, Kenneth, Ottenbacher, Baker y Sehgal, 1995; McFarlane y Brooks, 1997; Rothwell, McDowell, Wong y Dorman, 1997; Spilker, 1990).

Desde esta perspectiva más amplia se plantea también como algo indiscutible, el papel del cumplimiento de las prescripciones terapéuticas como variable interviniente en los resultados de la rehabilitación. Tal y como afirman Turk y Rudy (1991), «la eficacia de los tratamientos no sólo depende de lo apropiado de los mismos, sino del grado en el que los pacientes se adhieren al tratamiento». Es por ello, que el correcto seguimiento de las prescripciones médicas tiene que considerarse al mismo nivel de importancia que cualquier otra variable en los estudios de eficacia de los tratamientos médicos.

Uno de los aspectos más estudiados por los psicólogos de la salud ha sido el intento de entender por qué los individuos llevan a cabo acciones para promover o poner en peligro su estado de salud y/o fallan en su intento (Wallston, 1992). De todos los complejos determinantes de las conductas de salud, las creencias han recibido gran importancia y, en concreto las creencias de los individuos en su capacidad para cumplir con las prescripciones terapéuticas.

En nuestro estudio utilizamos por un lado, la autoeficacia percibida general evaluando su papel como predictor de los resultados más globales de la rehabilitación. Por otro lado utilizamos la autoeficacia percibida específica y las expectativas de resultados, evaluando su papel como determinante próximo de los resultados más específicos del tratamiento de rehabilitación y, en nuestro caso consideramos las conductas de cumplimiento.

### *Objetivo*

El trabajo que presentamos tiene como objetivo evaluar la influencia de la autoeficacia percibida (tanto general como específica) y las expectativas de resultado sobre el cumplimiento y los resultados del tratamiento de rehabilitación.

## 2. Método

### 2.1. *Sujetos*

La muestra final de nuestro estudio está compuesta por 214 pacientes que acudieron en primera visita a los servicios de rehabilitación de cuatro hospitales del Servicio Valenciano de Salud la provincia de Alicante. La edad media es de 43.62 años (d.t. = 13.89; rango = 18-64 años). De ellos, el 61% fueron mujeres y el 39% hombres.

Las patologías evaluadas han sido traumatismos (40,38%), dolor en partes blandas y articulaciones (32,21%), algias vertebrales (25,48%), y deformidades (1,92%).

La mayoría de los pacientes tenían estudios primarios (45,79%) y la situación laboral de los pacientes fue principalmente la incapacidad laboral temporal concedida (26,67%), en activo (25,24%) y ama de casa (25,24%).

### 2.2. *Variables e instrumentos*

#### *Autoeficacia percibida general*

La autoeficacia percibida general, entendida como «los juicios de cada individuo sobre sus capacidades, sobre la base de los cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado» (Bandura, 1987).

La escala utilizada es la «escala de autoeficacia general», elaborada por Jerusalem y Schwarzer (1992), adaptación española, Baessler y Schwarzer (1996), donde la autoeficacia percibida responde a una orientación genérica, es decir, como un sentimiento relativamente estable del individuo de competencia personal para manejar de forma eficaz una gran variedad de situaciones estresantes.

#### *Autoeficacia percibida específica*

La autoeficacia percibida específica es entendida como la «creencia de que uno es capaz de ejecutar exitosamente un determinado comportamiento» (Villa-

marín, 1990c, 1994), que en nuestro estudio dicho comportamiento se traduce en el cumplimiento del tratamiento prescrito. Se elaboró una escala que incluía una pregunta sobre cada uno de los diferentes tratamientos que se prescribían a los pacientes. Las 13 técnicas que se detallan en la escala, fueron aquéllas que los médicos participantes en el estudio consideraron como las más utilizadas habitualmente en la terapia de rehabilitación y se englobaron en tres grandes áreas: la médica, la de fisioterapia y la de domicilio. La escala de repuestas es de «0» a «10», siendo «0» = «no, en absoluto» y «10» = «sí, con absoluta seguridad».

#### *Expectativas de resultados*

Las expectativas de resultados se han definido como «la creencia de una persona de que un determinado comportamiento conducirá a unos determinados resultados» (Villamarín, 1990c). En nuestro estudio se traduciría a la creencia que, cumpliendo con el tratamiento prescrito, tendrá una mejoría de su salud.

Al igual que con la escala de autoeficacia específica, se elaboró una escala que incluía una pregunta sobre cada uno de los diferentes tratamientos que se prescribían a los pacientes. La escala de repuestas es de «0» a «10», siendo «0» = «no, en absoluto» y «10» = «sí, con absoluta seguridad».

#### *Cumplimiento terapéutico*

El cumplimiento, siguiendo la definición clásica de Haynes (1979), es entendido como la medida en que la conducta de una persona (en términos de toma de medicamentos, seguimiento de dietas o de realización de cambios de estilo de vida) coincide con el consejo médico o sanitario. En nuestro caso la hemos considerado como el «porcentaje en que la conducta del paciente coincide con la prescrita por el médico».

Al no existir medidas estandarizadas para conductas de cumplimiento de programas terapéuticos en poblaciones de personas incapacitadas o sometidas a rehabilitación, se han incluido, según el criterio de los médicos que participaron en el estudio, cinco ítems que son cumplimentados por el médico. Dos de ellos se refieren al régimen de visitas estipuladas (uno referido a la consulta de rehabilitación y el otro a la consulta de fisioterapia) y los otros tres ítems valoran el porcentaje del cumplimiento con el tratamiento prescrito. La escala utilizada siguiendo el criterio de los clínicos que participaron en el estudio oscilaba entre 1 (cumplimiento óptimo, con más del 80%) a 5 (cumplimiento pésimo con menos del 20%).

#### *Resultados de la rehabilitación*

Los instrumentos utilizados en nuestro estudio ha sido:

- *Mejoría de la incapacidad de los pacientes*, a través escala de independencia funcional (FIM). Es una medida de la incapacidad que cuantifica lo que el

paciente hace realmente, independientemente de cuál sea la afección (Badía, Salamero, Alonso y Ollé, 1996). Tiene un total de 18 ítems con una escala de respuesta de 7 puntos que va desde el nivel 1 = dependencia completa - ayuda total (autonomía 0%), hasta el nivel 7 = independencia completa (apropiada a la circunstancia y sin peligro). Esta evaluación era realizada por los médicos rehabilitadores participantes en el estudio.

- *Mejorías* de las áreas evaluadas en los programas de rehabilitación. Se trata de un cuestionario diseñado al efecto según las orientaciones de los clínicos, que evalúa la mejoría en el balance articular; balance muscular; signos clínicos neurológicos y ortopédicos; síntomas; dolor; actividades de la vida diaria y la repercusión en la actividad principal del sujeto, laboral o no laboral. La escala de respuesta es de 3 niveles: 1 = nula o clínicamente insignificante; 2 = suficiente; 3 = completa.

Se realizó, previa a la realización del estudio, una valoración médica interjueces entre los médicos rehabilitadores participantes en el estudio para establecer la uniformidad de criterios médicos respecto a la mejoría del paciente que asiste a un programa de rehabilitación. Un total de diez rehabilitadores realizaron la evaluación de 31 historias clínicas de pacientes de los cuatro hospitales.

El grado de acuerdo en las diferentes áreas analizado a través del índice Kappa de Cohen fue aceptable con un rango de 0.5117 - 0.8118.

- *Cuestionario multidimensional de estado de salud percibido (SF-36)*. Adaptación española (Alonso, Prieto y Antó, 1995). Este cuestionario ha sido utilizado con resultados altamente satisfactorios en diferentes contextos clínicos (Alonso *et al.*, 1995; Jenkinson, Layte, Coulter y Wright, 1996; Kiebzak, Vain, Gregory, Mokris y Mauerhan, 1997; Vickrey, Hays, Genovese, Myers y Ellison, 1997). Su contenido se centra en el estado funcional, en el bienestar emocional y una evaluación general de la salud. Los ítems y las dimensiones del SF-36 están puntuados de forma que a mayor puntuación, mejor es el estado de salud. Para cada dimensión los ítems son codificados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde «0» («el peor estado de salud para esa dimensión») y «100» («el mejor estado de salud para esa dimensión»). El cuestionario no ha sido diseñado para generar un índice global de estado de salud.

El cuestionario fue administrado a 46 pacientes con enfermedad coronaria para evaluar su fiabilidad y consistencia interna. Los valores del coeficiente de fiabilidad estimados mediante el alfa de Cronbach, para la primera administración, fluctuaron entre 0,45 y 0,94, con una media de 0,78 (Alonso *et al.*, 1995).

La validez del cuestionario fue evaluada en un estudio con 321 pacientes de enfermedad pulmonar obstructiva crónica. El nivel absoluto de corre-



lación de las dimensiones del SF-36 con la disnea fue intermedio (rango 0,19 - 0,50) (Badía *et al.*, 1996).

### *Diseño y procedimiento*

Se trata de un estudio de campo con diseño correlacional y análisis multivariante de los datos obtenidos.

Los criterios para la inclusión de los pacientes en el estudio han sido:

- Acudir por primera vez al servicio de rehabilitación
- Ser mayores de 18 años y menores de 65
- Tener como diagnóstico principal alguno de los cuatro anteriormente citados
- Tener capacidad intelectual y educativa suficiente para entender y contestar los cuestionarios.
- No presentar diagnóstico psiquiátrico por patología severa

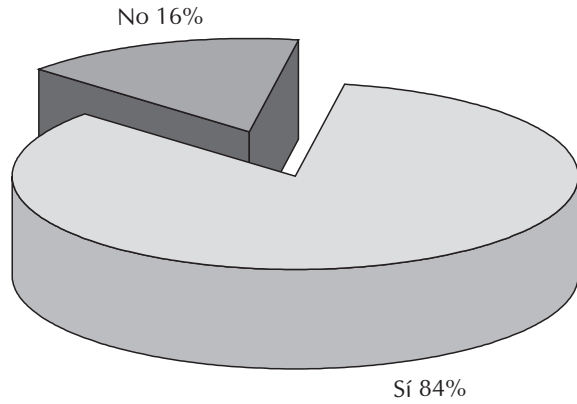
El procedimiento para la recogida de datos ha sido el siguiente: cuando una persona acude por primera vez a los servicios de rehabilitación de los hospitales que participan en el estudio, una vez realizada la entrevista clínica, si el paciente es susceptible de formar parte de la muestra (evaluado a través de los criterios de inclusión anteriormente citados), el médico le informa del estudio que se está llevando a cabo y pide su participación en el estudio. Seguidamente el médico recoge los datos clínicos del paciente y se evalúa el grado de discapacidad inicial según la escala FIM. En este momento el médico le informa del tratamiento que seguirá en el servicio de rehabilitación. Teniendo en cuenta los factores que influyen en la conducta de cumplimiento, los médicos informaban de manera detallada del tipo de terapia que se les prescribía a los pacientes. Este aspecto era de especial importancia no sólo para que el paciente tenga una buena información de su terapia, sino también para la adecuada valoración de las expectativas específicas y de resultados del tratamiento. Posteriormente, se remitía al psicólogo quien recogía los datos sociodemográficos, y se realizaba el pase de las escalas de las variables de autoeficacia general, específica y expectativas de resultado y el estado de salud percibido.

En el momento del alta o a los seis meses de tratamiento (si no se producía el alta), el paciente volvía a ser entrevistado por el psicólogo y por el médico, donde se realizaba el pase post-tratamiento de los cuestionarios (FIM, mejoras y SF-36).

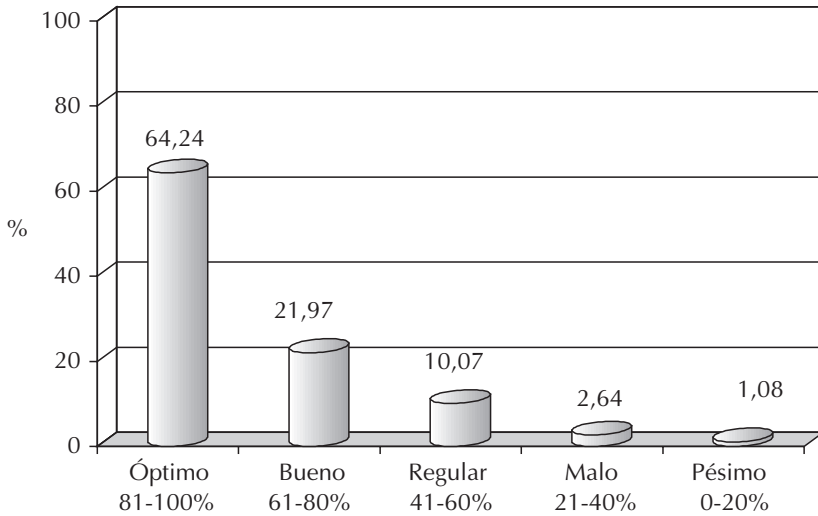
## 3. Resultados

### 3.1. *Análisis descriptivo*

Al finalizar el estudio, el 84% de los pacientes habían obtenido el alta médica.



**Figura III.4.1.** Distribución según alta médica (Alta/No Alta)



**Figura III.4.2.** Distribución según cumplimiento con el tratamiento

Al igual que en el cumplimiento con el tratamiento, el cumplimiento seguido por nuestros pacientes en las visitas de tanto a la consulta de rehabilitación como a fisioterapia ha sido muy alto.

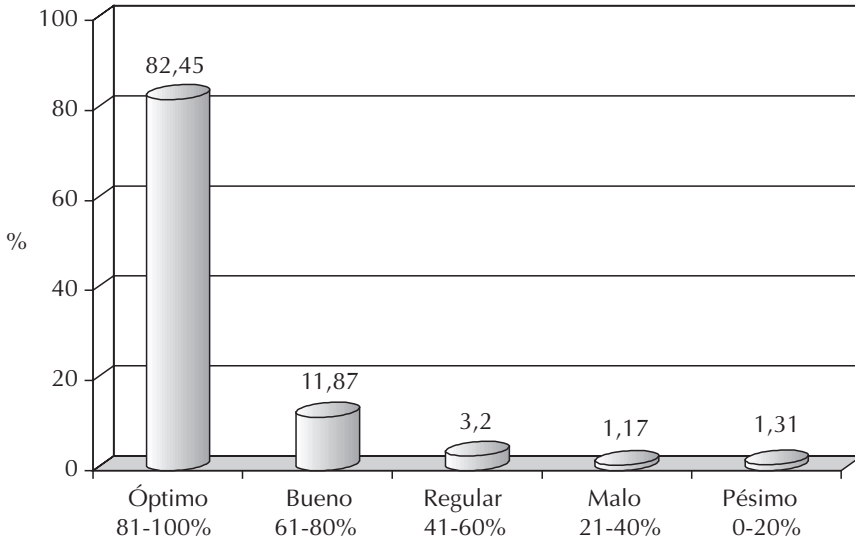


Figura III.4.3. Distribución según cumplimiento con las visitas prescritas

La siguiente figura muestra las medias obtenidas por los pacientes en las dimensiones de calidad de vida que hemos utilizado del cuestionario SF36 medidas en dos momentos: en la primera visita al servicio de rehabilitación y al finalizar el tratamiento.

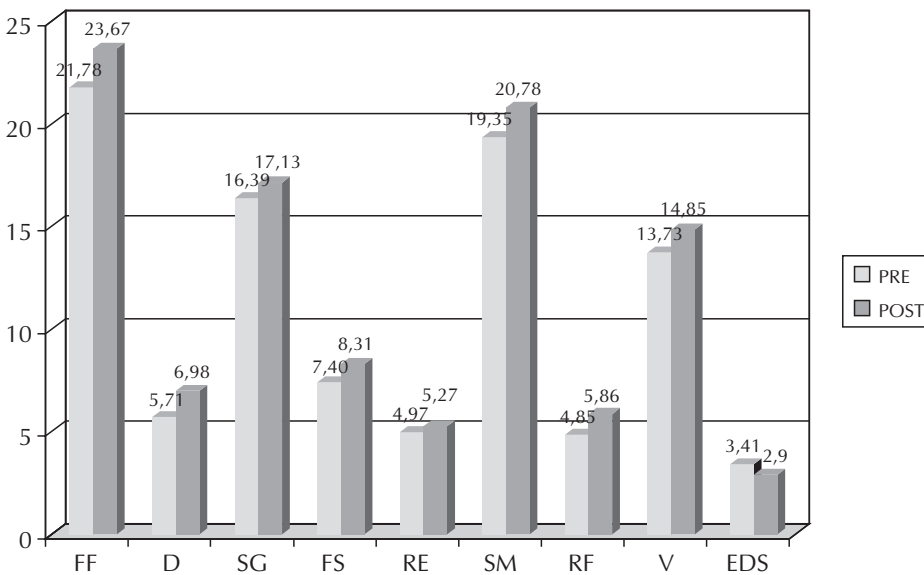


Figura III.4.4. Descriptivos de calidad de vida pre- y post-tratamiento

Como se observa en la figura, las puntuaciones medias tras el tratamiento (POST) son superiores a las puntuaciones antes del tratamiento (PRE).

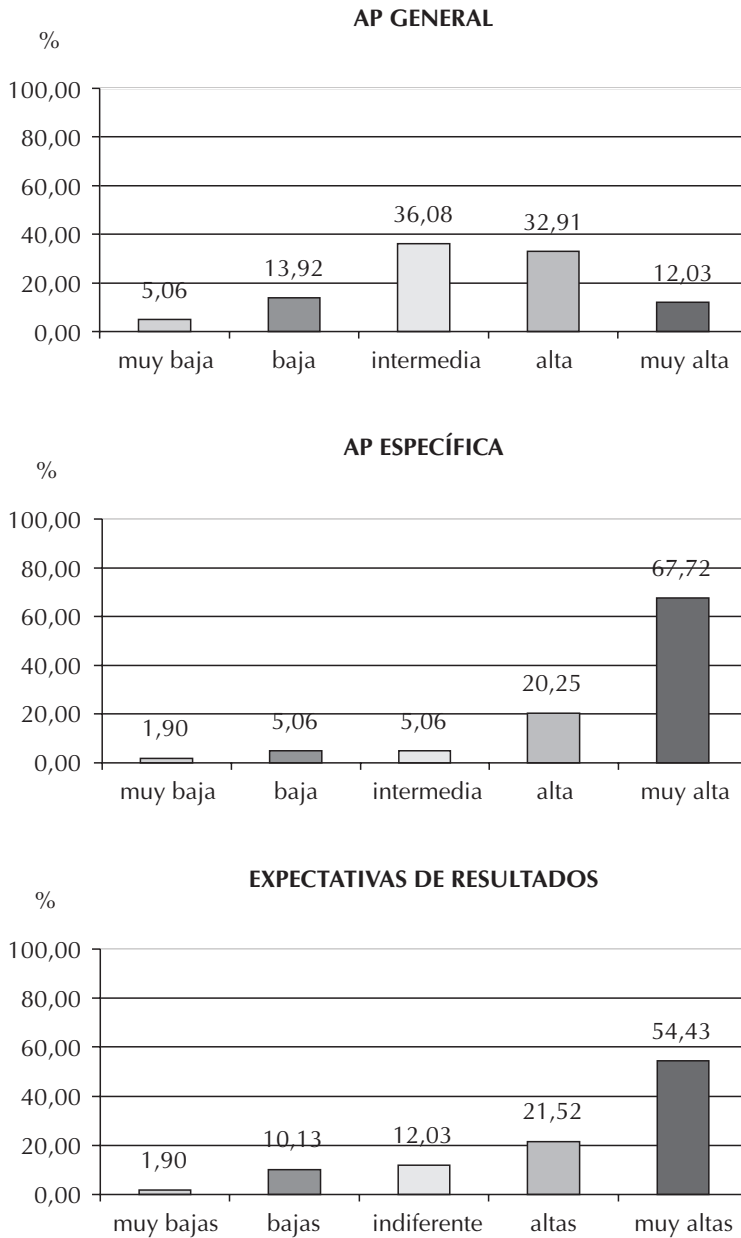


Figura III.4.5. Distribución según AP general, AP específica y ER

En lo que respecta a la autoeficacia percibida, en la escala de AP general podemos observar que los datos se distribuyen de forma normal, mientras que en la escala de AP específica, la representación gráfica de los datos es una curva asimétrica negativa. Estos resultados nos indican que los pacientes tienen una percepción más adecuada de su autoeficacia general que de la autoeficacia referida específicamente a las acciones del tratamiento rehabilitador; es decir, los datos obtenidos en la escala de autoeficacia específica indican una percepción alta y poco diferenciada entre los diferentes tratamientos prescritos. Asimismo, el paciente respondía acerca de su autoeficacia inmediatamente después de la prescripción de los tratamientos por el facultativo, por lo que era posible que sus respuestas estuvieran afectadas por aspectos como la deseabilidad social.

Las expectativas de resultado han mostrado mayor número de correlaciones significativas que la AP específica. Eso nos indica por un lado, que son constructos distintos; y por otro, que las expectativas de resultados tenidas antes del tratamiento tienen una influencia reguladora sobre los resultados del mismo. (Bandura, 1986).

### 3.2. Análisis de correlaciones

En la tabla III.4.1 podemos ver los resultados del análisis de correlaciones entre las variables cognitivas y el cumplimiento y los resultados del tratamiento.

**Tabla III.4.1.** Análisis de correlaciones

	AUTOEFICACIA GENERAL	AUTOEFICACIA ESPECÍFICA	EXPECTATIVAS DE RESULTADOS
Cumplimiento visitas	-0.005	-0.084	-0.187**
Cumplimiento tratamiento	-0.039	-0.065	-0.166*
Mejoría	0.124	-0.078	0.229**
FIM	0.081	0.002	0.044
SF36 Función física	0.198**	0.042	0.177*
SF36 Dolor	0.142*	0.065	0.221**
SF36 Salud general	0.392**	0.003	0.231**
SF36 Función social	0.300**	0.049	0.048
SF36 Rol emocional	0.332**	0.026	0.079
SF36 Salud mental	0.456**	0.063	0.221**
SF36 Rol físico	0.134	-0.010	0.109
SF36 Vitalidad	0.488**	0.057	0.256**
SF36 Evolución declarada de salud	-0.144*	-0.058	-0.019

\*\*  $p < 0,01$ ; \*  $p < 0,05$

Hay que destacar que las correlaciones con cumplimiento son negativas debido a que la escala de respuestas es en sentido inverso; es decir, 1 → cumplimiento óptimo; 5 → cumplimiento pésimo.

Según los resultados del análisis correlacional realizado, podemos observar que son la AP específica y las expectativas de resultados las que más se correlacionan entre ellas. Sin embargo, es la AP general la que tiene mayor número de correlaciones y estadísticamente más altas con las medidas de evaluación de resultados. A la vista de estos resultados, existe la posibilidad de que nuestros pacientes a pesar de haber tenido altas puntuaciones en la AP específica, en realidad no posean las habilidades y los recursos necesarios para realizar una valoración acerca de la eficacia de las técnicas que les habían sido prescritas.

### 3.3. Análisis de regresión

De las variables cognitivas, únicamente las expectativas de resultados predicen el cumplimiento tanto del tratamiento como de las visitas.

**Tabla III.4.2.** Análisis de regresión-cumplimiento

<b>CRITERIO:</b>	<b>R2</b>	<b>Cambio R2</b>	<b>F</b>	<b>Beta</b>	<b>Fc</b>
<b>CUMPLIMIENTO TRATAMIENTO</b>					
EXPECTATIVAS DE RESULTADOS	0.027	0.027	5.528*	-0.166	5.528*
<b>CUMPLIMIENTO TRATAMIENTO VISITAS</b>					
EXPECTATIVAS DE RESULTADOS	0.034	0.034	6.924**	-0.186	5.585**

Los predictores de la mejoría observada por el médico, han sido además de la edad el cumplimiento con el tratamiento para el caso de la escala de mejoría y la evaluación previa realizada por el médico para la escala FIM:

**Tabla III.4.3.** Análisis de regresión-mejoría

<b>CRITERIO: MEJORÍA</b>	<b>R2</b>	<b>Cambio R2</b>	<b>F</b>	<b>Beta</b>	<b>Fc</b>
EDAD	0.052	0.052	10.778**	-0.198	10.030**
CUMPLIMIENTO TRATAMIENTO	0.163	0.111	18.921***	-0.334	25,698***
<b>CRITERIO: FIM POST</b>					
FIM PRE	0.138	0.138	29,909***	0.363	29,909***
EDAD	0.17	0.032	19,078**	-0.180	7,247**

Hay que destacar que los principales predictores del estado de salud percibido (SF-36) tras el tratamiento es su estado de salud percibido previo. De las variables cognitivas, las expectativas de resultados predicen la dimensión de dolor y de vitalidad. La autoeficacia general y es una variable predictora de 5 de las 9 dimensiones de este cuestionario. Estos resultados sobre el poder predictivo de la AP coinciden con los obtenidos en otros estudios como los de Kaplan, Atkins y Reinchs (1984), Lackner, Carosella y Feuerstein (1996), Overholser y Beck (1985), Villamarín y Bayés (1990) y Weinberg, Hughes, Critelli, England y Jackson (1984).

#### 4. Discusión y conclusiones

A la vista de los resultados obtenidos podemos concluir que en primer lugar consideramos que es importante destacar que el cumplimiento seguido por nuestros pacientes con el tratamiento ha sido bastante alto, resultado que contrasta con los habituales ya que por lo general, el cumplimiento de los pacientes suele ser más bajo (Demarbre, 1994; Ferrer Pérez, 1995; Meichembbaum y Turk, 1987). Quizá estos resultados hayan podido deberse a la deseabilidad social por parte de los pacientes que han participado en el estudio, así como al procedimiento del mismo, pues los pacientes eran conscientes del seguimiento que se les realizaba.

Según los resultados obtenidos, la autoeficacia específica no ha correlacionado ni con conductas específicas ni con resultados de salud. Este hecho puede hacernos pensar que haya existido algún problema en el procedimiento de la administración de la escala. Puede que los pacientes, debido al momento en que se realizaba el pase, tuviesen más presente la deseabilidad de participar en el programa (y por eso respondían que se sentían capaces de realizar las técnicas prescritas) que su creencia a realizar tales técnicas.

A pesar de que en la literatura sea la autoeficacia específica la que tiene un mayor poder predictivo frente a la autoeficacia general, nuestros resultados no parecen ir en esta dirección. Quizá otra posible causa de esta diferencia de resultados haya sido que los pacientes desconocieran exactamente en qué consistían los tratamientos específicos prescritos o así como su duración exacta, y en este sentido, la valoración de su autoeficacia podría ser poco precisa sobrestimando su eficacia percibida para la relación a la realización de los mismos.

Podemos concluir que, como predictores del estado de salud de forma más global y evaluado a través del punto de vista del paciente, estaría la autoeficacia general, el cumplimiento y el estado de salud previo. Asimismo, tras la realización del análisis de varianza y de correlaciones entre las variables cognitivas y de resultados, podemos comprobar que los sujetos con más altas expectativas de resultados y AP obtienen mejores puntuaciones en los resultados del tratamiento.

**Tabla III.4.4.** Análisis de regresión- SF-36

<b>CRITERIO: DOLOR</b>	<b>R2</b>	<b>Cambio R2</b>	<b>F</b>	<b>Beta</b>	<b>Fc</b>
SF36 D PRE	0.207	0.207	49.975***	0.388	49.975***
EDAD	0.233	0.026	29.006***	-0.123	6.584***
CUMPLIMIENTO TTO.	0.284	0.051	25.167***	-0.213	13.647***
EXPECTATIVAS DE RESULTADOS	0.301	0.016	20.313***	0.127	4.400***
<b>CRITERIO: FUNCIÓN FÍSICA</b>	<b>R2</b>	<b>Cambio R2</b>	<b>F</b>	<b>Beta</b>	<b>Fc</b>
SF36 FF PRE	0.409	0.409	128.748***	0.593	128.748***
EDAD	0.449	0.040	75.306***	-0.185	13.330***
CUMPLIMIENTO TTO	0.502	0.053	61.781***	-0.231	19.594***
<b>CRITERIO: SALUD GENERAL</b>	<b>R2</b>	<b>Cambio R2</b>	<b>F</b>	<b>Beta</b>	<b>Fc</b>
SF36 SG PRE	0.496	0.496	179.870***	0.605	179.870***
EDAD	0.518	0.023	97.972***	-0.160	8.602**
AUTOEFICACIA GRAL.	0.536	0.018	69.708***	0.144	6.865*
<b>CRITERIO: FUNCIÓN SOCIAL</b>	<b>R2</b>	<b>Cambio R2</b>	<b>F</b>	<b>Beta</b>	<b>Fc</b>
SF36 FS PRE	0.360	0.360	106.537***	0.548	106.537***
EDAD	0.375	0.015	56.517***	-0.103	4.515*
AUTOEFICACIA GRAL.	0.396	0.021	40.868***	0.147	6.352*
CUMPLIMIENTO TTO.	0.410	0.014	32.346***	-0.120	4.491*
<b>CRITERIO: ROL EMOCIONAL</b>	<b>R2</b>	<b>Cambio R2</b>	<b>F</b>	<b>Beta</b>	<b>Fc</b>
SF36 RE PRE	0.090	0.090	18.768***	0.224	18.768***
AUTOEFICACIA GRAL.	0.177	0.087	20.300***	0.298	19.960***
CUMPLIMIENTO TTO.	0.218	0.041	17.434***	-0.202	9.809**
<b>CRITERIO: SALUD MENTAL</b>	<b>R2</b>	<b>Cambio R2</b>	<b>F</b>	<b>Beta</b>	<b>Fc</b>
SF36 SM PRE	0.499	0.499	184.32***	0.605	184.32***
NIVEL EDUCATIVO	0.528	0.029	102.798***	0.145	11.151***
AUTOEFICACIA GRAL.	0.559	0.032	77.403***	0.197	13.097***
CUMPLIMIENTO TTO.	0.571	0.012	60.553***	-0.109	4.967*
<b>CRITERIO: ROL FÍSICO</b>	<b>R2</b>	<b>Cambio R2</b>	<b>F</b>	<b>Beta</b>	<b>Fc</b>
SF36 RF PRE	0.128	0.128	28.092***	0.313	28.092***
NIVEL EDUCATIVO	0.175	0.046	20.009***	0.195	10.681**
CUMPLIMIENTO TTO.	0.215	0.041	17.299***	-0.204	9.832**
<b>CRITERIO: VITALIDAD</b>	<b>R2</b>	<b>Cambio R2</b>	<b>F</b>	<b>Beta</b>	<b>Fc</b>
SF36 V PRE	0.334	0.334	94.450***	0.414	94.450***
EDAD	0.360	0.033	54.251***	-0.168	9.687**
AUTOEFICACIA GRAL.	0.431	0.072	48.642***	0.295	24.050***
EXPECT. RESULTADO	0.451	0.023	39.759***	-0.152	7.786**
<b>CRITERIO: EVOLUCIÓN DECLARADA DE SALUD</b>	<b>R2</b>	<b>Cambio R2</b>	<b>F</b>	<b>Beta</b>	<b>Fc</b>
SF36 EDS PRE	0.107	0.107	24.068***	0.306	24.068***
NIVEL EDUCATIVO	0.126	0.018	14.325***	-0.137	4.197*



Con respecto a la evaluación de los resultados de salud por parte de los pacientes, consideramos además que se ha observado cómo su valoración acerca de su estado de salud percibido previo es un buen indicador de los resultados del tratamiento.

## AUTOEFICACIA, TRABAJO Y ORGANIZACIONES

---

- 1. The human work face: building effective organizations through managing human motivation,**  
MICHAEL A. WEST y CLAUDIA A. SACRAMENTO
- 2. Autoeficacia aplicada al trabajo y a las organizaciones,**  
ISABEL M. MARTÍNEZ
- 3. Competencia percibida como mediadora entre obstáculos/facilitadores organizacionales y bienestar psicológico entre empleados de contacto directo con clientes,**  
ROSA GRAU, SUSANA LLORENS, RAÛL BURRIEL, MARISA SALANOVA y SONIA AGUT
- 4. Moral, potencial psicológico y eficacia,**  
JUAN M. GARCÍA MONTAÑO, MARÍA T. GUTIÉRREZ DOMÍNGUEZ, MARÍA D. MARTÍNEZ, M. L. MORENO LÁZARO y M. A. NÚÑEZ AMADOR
- 5. La incidencia del entrenamiento en el nivel de eficacia percibida: un estudio en un equipo femenino de fútbol,**  
LLORENÇ ANDREU, ÀLEX PALLARÉS y ÓSCAR JUÁREZ
- 6. El papel de la autoeficacia en la toma de decisiones complejas. Principales resultados de la simulación desarrollada por Wood y Bailey (1985),**  
CARMEN TABERNERO

## **IV.1. THE HUMAN WORK FACE: BUILDING EFFECTIVE ORGANIZATIONS THROUGH MANAGING HUMAN MOTIVATION**

**MICHAEL A. WEST & CLAUDIA A. SACRAMENTO**

Aston Business School  
University of Aston  
Birmingham

**H**uman faces populate organisations. It is people who make up organisations; not technology, not buildings —magnificent or humble— it is people. In this chapter we highlight the relevance of the human factor in organisations on the grounds that an awareness of it can help in solving not only organisational but also societal problems. We reflect on how society and organisations have developed and the implications of those changes. We review the basic motivations that guide human behaviour and suggest that organisations can foster productivity by promoting the satisfaction of individual needs. Finally, we argue for the importance of employee satisfaction and human resource practices on organizational effectiveness and profitability.

Consider this quotation about early human organizations from Roberts' history of the world (1995: 18):

He makes tools (and does so within more than one technical tradition), builds shelters, takes over natural refuges by exploiting fire, and sallies out of them to hunt and gather his food. He does this in groups with a discipline that can sustain complicated operations; he therefore has some ability to exchange ideas by speech. The basic biological units of his hunting groups probably prefigure the nuclear family of man, being founded on the institutions of the home base and a sexual differentiation of activity. There may even be some complexity of social organisation in so far as fire-bearers and gatherers or old

creatures whose memories made them the data banks of their “societies” could be supported by the labour of others. There has to be some social organisation to permit the sharing of co-operatively obtained food, too. There is nothing to be usefully added to an account such as this by pretending to say where exactly can be found a prehistorical point or dividing line at which such things had come to be, but subsequent human history is unimaginable without them.

As the quotation describes, since ancient times men and women have been living and working in union with their peers. Pushed by security needs and also by their gregarious nature, humans elected the group as work unit at a very early stage. So, though the term “organisation” influences our orientation towards modern managerial terminology, it is the way humanity has always worked. Everything we have done, from space exploration to raising our young or to discover the shape of the human genome, we have done through systems of organisation.

Humans evolved in the context of small groups of fifty to one hundred individuals; now they live in small towns or in cities surrounded by thousands or millions of other people. The natural human habitat used to be the extended kin network, with uncles, aunts, nephews, nieces, grandparents and cousins. Now people live in isolated nuclear families with one or two parents or step parents, and many live alone. Social isolation, pressure of time and money and also compulsive television viewing are constant patterns in human life. This change in living patterns has led to several problems. Depression, for example, has increased sharply. In the United States, the incidence of depression in the course of the last century rose between ten and twenty fold (Putnam, 2000). Especially worrying is the dramatic increase of depression amongst teenagers —the average age of first onset of depression dropped from about thirty-five years of age to the teenage years over the last century. The breakdown of families and communities in western society has been epidemic (e.g., Putnam, 2000). Psychological well-being is linked with having deep intimate contacts, being a valued member of an enduring social group and being enmeshed in a network of extended kin, so the conditions of modern living are destined to undermine human health and happiness.

Organisations also face new challenges. The rhythm of change is so rapid that an organisation that does not react quickly will fail. The diminishing length of each economic wave shows the increasing pace of change. The first wave of economic activity (waterpower, textiles and iron), at the beginning of the Industrial Revolution, lasted for about sixty years. The second wave (steam, rail and steel) had a shorter duration, about fifty-five years. The following wave, of electricity, chemicals and the advent of the internal combustion engine, carried through for fifty years. The petrochemicals, electronics and aviation wave was

even shorter —approximately forty years (Schumpeter, 1939). The present wave, the wave of digital networks, software and new media, is still very young, but it is perhaps already coming to an end. It is more than likely that a new wave is about to break as a result of recent advances in biogenetic technology and the mapping of the human genome.

This fast pace of change has huge implications for organisations in terms of how they adapt to these changes and creates new problems. Global competition, partially a consequence of technological development, now constitutes a constant threat. For example, it is now much harder for organizations to attract and retain skilled people (Anderson & Herriot, 1997). New and extremely useful communication facilities also produce a price for us to pay, such as information overload and the tyranny of e-mail. Obviously, all the pressures for change upon organisations also have huge implications for the people who work within them.

To better illustrate the general conditions under which people work nowadays, we describe some findings of several research projects. Data from studies in the National Health System (NHS) show that people work under considerable pressure because of the demands upon their time and also because of their motivation to help (e.g., West, 1989; West & Wallace, 1991; Wall *et al.*, 1997). Research in manufacturing showed that the tasks people had to perform were monotonous and repetitive. Patterson, West, Lawthom and Nickell (1997) found that the average job cycle time in over half the companies studied was ten minutes or less. This means that people would start their work, finish the job within ten minutes, repeat it six times an hour, forty eight times a day, two hundred times a week. Even more worrying, in twenty five per cent of the companies studied the average job cycle time was a minute or less. Moreover, in some situations people were seen to be working without clear knowledge of their goals. Another problem found was the common idea among organisations that instead of job security they could offer employability to their employees. Some organisations now share the belief that if they train people very well, they will make their workers more employable and these employees will gladly sacrifice their job security for that employability. This means that people have to adapt to increasing change, trying to foresee changes while feeling threatened by the possible loss of their jobs. This idea that organisations can swap employability for job security is highly dubious. Job security is fundamentally important (Hartley *et al.*, 1991) to peoples' wellbeing at work.

Essentially, research leads us to conclude that people are working under threats, with deadlines, pressured evaluations and imposed goals, which is a particularly dangerous combination. High demands and low control are the required ingredients for heart attacks, ulcers, anxiety, depression and even suicide. We take the stance that organisations have to challenge such work designs that undoubtedly contribute to the rising levels of depression and other societal diseases.

What we suggest in this chapter is that organisations can play an important role in solving not only their problems but also in helping to improve society. If people spend half their waking hours in organisations, these have a major influence in their lives. Organisations are, then, part of the problem, but can also be part of the solution. How? First and foremost, by acknowledging the evident fact that they are made up of humans. Consequently, to comprehend both the benign and the malignant effects of organisations on people it is fundamental to understand human motivation. We argue that, aside from material well being and physical needs, there are three basic motivations that determine, shape and guide human behaviour: need for growth, need for control and need for belongingness. Next we will discuss each of these motivations and how they can be met in organizations.

People have a need for growth and development, manifested in an inherent tendency to seek out novelty and challenges and to extend and exercise capacities to explore and learn. Developmental psychologists acknowledge that from the time of birth, children in their healthiest states are active, inquisitive, curious and playful (Bower, 1971). Hrnair, Speller and West (1985) verified that the exploratory behaviour of infants of ten months while engaging with toys for five minutes was a better predictor of their intelligence two years later than any number of formal intelligence tests and developmental assessments that psychologists normally use. However, they observed that all the infants had a powerful urge to explore, to understand and to control their environment. Intrinsic motivation explains this natural inclination humans have towards learning, mastery, spontaneous interest and exploration that is so essential to cognitive and social development. This need for growth also represents a principal resource of enjoyment and vitality through life. Humans experience “flow” when they are fully engaged in challenging activities (Csikszentmihalyi, 1997). This sense of flow arises out of constant engagement in skill cultivation; it is not an easy automotive state—it is not possible to experience it if one is doing a repetitive job or engaged in passive leisure entertainment such as watching TV. It is evoked by challenging activities in which one’s skills are being exploited and one is fully engaged. These findings are consistent with data taken from people devoted to challenging activities such as surgeons, mountain farmers, mathematicians and university students (Csikszentmihalyi, 1997).

Further illustrating the strength of this need, Nicholson and West (1988), in a two year research study with over 2000 male and female U.K. managers, found that when managers moved into jobs where they had fewer opportunities for development, growth and creativity, their mental health declined more than the mental health of managers who became unemployed during the intervening period. Similar findings obtained from longitudinal studies over the course of the last century show that work situations where there are few opportunities for

development and innovation are associated with high levels of stress (Marmot, Siegrist, Theorell & Feeney, 1999).

Secondly, we argue the importance of the human need for choice, volition, autonomy and control at work and in life generally (Karasek, 1979; Karasek & Theorell, 1990). People have a strong need for autonomy and control (Steers, Porter & Bigley, 1996). As an example, we report to a research project that followed young students entering student nursing in what was then a command and control hierarchical organisation. Students within that organisation had very little choice or volition. They showed an increase in frustration that led to a 35% turnover. Afterwards, managers recognised the importance of giving students more choice, volition and control in their work and the turnover decreased (West & Rushton, 1989; West, 1989). It is worth noticing that autonomy does not mean individualism. This term has often been portrayed as being antagonistic to relatedness or community but autonomy in this respect refers not to being independent, detached or selfish but rather to the feeling of volition that can accompany any act. For example, children and teenagers who are given more freedom experience a higher sense of relatedness with their parents. The relationship is better when they have more choice. Hackman and Oldham (1980) also highlighted the role of autonomy as one of the job characteristics that influenced employees' motivation.

Finally, we argue the relevance of the need for belongingness. It is fundamental for people to have a sense of belonging (Steers *et al.*, 1996) and the societal problems reported earlier are a reflection that many people fail to satisfy that profound need to belong. Social and evolutionary psychologists frequently remind us that people are social animals. Social bonds boosted human survival chances —children who kept close to their care givers were protected from harm; adults who formed attachments were more likely to come together to reproduce and co-nurture their offspring to maturity; groups shared food, provided mates and helped care for children; when facing enemies there was strength in numbers. As inheritors of this legacy, we still have a deep need to belong. How does this need manifest? Baumeister and Leary (1995) suggest that belonging has four characteristics that apply to love relationships and families. Firstly, people build a sense of belonging through frequent interactions: they have to join with significant others frequently. Secondly, people also need relative freedom from destructive conflict and negative feelings. If there is a constant conflict in their work organisations, teams or in families, the sense of belonging is diminished because it is threatened. Thirdly, people require a sense of stability and likely continuity of relationships. For example, constantly feeling job insecurity undermines employees' sense of belonging within their organisations. Lastly, people need to feel a sense of mutual affective concern. Within relationships, people want to feel both caring and cared for. All this applies not only

to love relationships and family, but also to teams and to the contract between organisations and their employees. For example, unemployment is associated with very high levels of stress because unemployed people are cut off from opportunities to create relationships, to make contributions and to be creative—cut off from belonging and from choice.

Our central argument is that organisations and management require a deeper understanding of these fundamental areas of human motivation. What can organisations do in order to help their employees meet these needs and at the same time increase effectiveness?

One step towards meeting human needs is to foster team work. Throughout human development as a species, people have worked in teams because they function well as organisational entities. Studies show that working in teams increases employees' feeling of involvement (Cotton, 1996). There is also evidence that team based interventions (introducing team based working in organisations) is associated with better organisational performance (Macy & Izumi, 1993). In addition, working in teams can also lead to high levels of creativity and innovation (West, 1997).

The following investigations provide further arguments for the importance of team work. Wall *et al.* (1997) verified that within the working population (using data from the British Household Panel Survey) about 17.8% of people were so stressed that they would benefit from some kind of professional intervention. Amongst National Health System employees this figure was 26.8%, which means that more than one in four people working in the NHS would benefit from some kind of professional help. Those who indicate high levels of stress by their responses have reduced immune function efficiency, experience depression, alcoholism and are more likely to commit suicide (Banks, Clegg, Jackson, Kemp, Stafford & Wall, 1980). Carter and West (1999) then conducted a study within the NHS examining whether or not working in a team made a difference. The researchers accessed a sample of just over 2000 NHS employees and asked them "Do you work in a team?". To reinsure the validity of the answer, researchers also asked the following questions: "Do you have clearly defined objectives as a team?", "Do you have to work inter-independently?", "Do you have clearly defined roles within your team?" and "Is the team seen as a team by the organisation within which you work?". People were classified as working in a team if they had answered "yes" to all four questions. If they said "no" to any of the questions, they were classified as working in a quasi team. The difference found between the groupings in stress levels was extremely significant: 35% of people not working in a team scored above the cut off point; just over 30% who were in a quasi team; and only 22% people working in a team scored above the cut off point, compared with the 26.8% for the NHS as a whole. Furthermore, the researchers analysed what made team working so beneficial.



The data indicated that people in teams were much clearer about their roles—they knew what it was they were required to do at work. They also experienced much social support through working in a team. Moreover, working in a team seemed to buffer them from the negative effects of organisational climate or culture.

*Organisations should foster team work*

Team work is not, however, a panacea. To be effective, teams have to have the following characteristics:

People need to be clear about their team's and their own goals. People at work need to be clear about what it is that they are required to do (Guzzo, 1996; Hackman, 1990). Having clear objectives maximizes the possibility for growth because they give people awareness about which direction is worth pursuing. Organisations can, in many different ways, help people to understand what is expected from them. For example, performance appraisal can be valuable in helping to set clear and challenging objectives (Murphy & Cleveland, 1995).

*Teams and individuals have to be clear about their goals*

The objectives should not, however, be imposed on the team or on the individuals, they should be agreed. People need to have a sense that they can negotiate objectives within the team (Locke & Latham, 1996). Sonnentag, West and Dawson (2003) analyzed teams set up by the Department of Employment in the early 1990s within the Placement Assessment and Counselling department to place people with disabilities in employment. These teams were given very difficult targets by the Government, which did not take account of local employment or local disability rates. Very quickly employees began to redirect the most severely disabled people towards Social Services or towards the health sector in order not to have to take these people on because they were difficult to place and they would not meet their targets. It was observed that team members' commitment levels dropped and their mental health worsened because they no longer believed in what they were doing. Having the possibility to negotiate their objectives increases people's feeling of autonomy and control.

*Teams and individuals should have negotiated, challenging and involving goals*

Moreover, in well functioning teams, members have influence over decisions, they share information and they meet each other on a regular basis. Perhaps sometimes meetings might seem a waste of time and resources. For example, Borrill *et al.* (2001) videoed many primary health care team meetings and observed uncommon situations, such as when 25 people in a room take nearly an hour to reach a decision about whether or not to have a goldfish tank in the reception area. They also taped meetings where participants have not dis-

cussed one item on the agenda. They concluded, however, that meetings were still useful because people had one to one discussions about particular patients or particular clients both before and after those meetings —meetings had enabled member's participation. It was almost insignificant whether meetings were good or not, just the fact that team members were meeting made the difference. Furthermore, frequent team meetings increase member's feeling of belongingness and consequently their willing to participate.

*Teams should meet often and foster team members' participation*

Of even greater importance for effective team work, we argue, is the sense of safety and the extent to which people within teams trust each other. Edmondson (1996, 1999) studied newly formed intensive care nursing teams and related their functioning to medication errors (giving too much or too little of the right drug or giving the wrong drug). She found that the better the functioning of the team and the better the leadership of the nurse manager in the team, the *more* medication errors there were. This fact might seem paradoxical: why should it be that well functioning teams have more medication errors? Edmondson concluded that in the well-functioning teams, people felt safe enough to report and discuss the errors and then to innovate as a consequence. Over time, the incidence of errors in the well functioning teams came down, whereas in those that were not "safe" the incidence remained the same. Innovative teams are those within which there is vigorous debate about decisions that are being made. Innovation is a consequence and often a cause of debate. To innovate in organisations is difficult and it is characterised by conflict. Constructive controversy, however, leads to higher quality innovation. For example, De Dreu and West (2001) found in a study of newly formed postal worker teams in the Netherlands that the level of dissent in the teams predicted subsequent innovation, but this was true only in circumstances where the teams had high levels of safety and participation. Indeed, one reason organisations promote team work is because integrating team members' diverse ideas can lead to creative new ideas for services, products and ways of working. Of course, the sense of safety within a team also increases the feeling of belongingness.

*Teams should transmit a sense of safety*

Studies conducted with top management teams brought to light interesting results. The influence of top management teams is so relevant that understanding their composition and processes enables the prediction of company profitability. For example, West, Patterson and Dawson (1999) found that the educational level of the top management team made a real difference to the subsequent profitability of companies. Age diversity also predicted the subsequent profitability of the companies: the more diverse the ages of the people in the top management team, the worse the company subsequently performed.

This result replicated previous findings from research within primary health care teams (Borrill, West, Shapiro & Rees, 2000). Borrill *et al.* (2000) reported that the more age diverse primary health care teams were, the more stressed were the people who worked within them. This is likely due to the fact that people in the wider society and in Western culture are not often trained to work effectively in teams, consequently adding another wrinkle like age where there are already different perspectives and different emotional experiences presents a further hindrance to team working. Moreover, West *et al.* (1999) found that the longer teams had worked together, the better their companies subsequently performed. The longer team members spend together, the more enduring the relationships they build up and the better they become at working as a team—team tenure is probably an indication that they have overcome some of the problems of working together. However, what is really significant is that the teams which achieved the highest levels of company profitability were those that had clear objectives, high levels of participation, were committed to discussing in a vigorous but supportive way the differing perspectives of the team members, and exhibited practical and radical innovation (West *et al.*, 1999). These four factors, clear objectives, participation in decision making, emphasis on quality and support for innovation—we find again and again are associated with team effectiveness (e.g., West & Anderson, 1996). This reinforces our stance that people need to be clear about what it is that they are trying to achieve in their workplace, but they also need to feel part of a community that is supportive and valuing.

Task characteristics also have a very important role on satisfying employees' need for growth and need for autonomy. Monotonous and repetitive tasks undermine employees' interest on their jobs because those tasks cut them off from the possibility of developing their knowledge, skills and abilities. Tasks that are new, relatively difficult, require the execution of different activities and imply the use of a wider range of skills promote employees' growth.

*Organisations should ensure that employees' tasks are challenging and imply the use of different skills*

Tasks that restrict and do not give employees the possibility to actively decide about their execution inhibit them from satisfying their need for autonomy and control. Tasks should allow enough freedom, independence and discretion for employees to decide when and how they should perform them.

*Organisations should enable their employees a relatively high level of autonomy in how they carry their tasks*

Another area where action might be taken is organisational culture. When employees were asked to rate their companies on four core dimensions using a variety of measures, they showed that it was a joint emphasis on human rela-

tions and productivity that really predicted the performance of companies (Neal, West & Patterson, 2001; Patterson, Lawthom, West, Maitlis & Staniforth, 1996). We argue that these two areas are of extreme importance in understanding performance and well being at work. Culture plays a major influence on employee's perceptions, attitudes, and behaviours. What people need at work is clarity about what it is that they are required to do along with a strong sense of being respected and valued at work. Employees ask themselves these questions: "What is my job?", "How do I know if I am performing well?", "How am I respected and treated within the organisation?", "Am I treated well as a person?", "Do I have a sense of good relationships in my daily work?". It is the company's culture that provides them the answers for some of these questions, and culture is, in fact, felt very strongly. Patterson, West and Wall (in press) described how easy it was to sense aspects of a company's culture and climate by simply walking around the shop floor. By way of example, they described two visits they made on the same day to totally different companies. In the first organisation, the researchers were shown around the company by the manager and were taken to see a piece of equipment, which the manager demonstrated to the researchers, describing the difficulties and successes with it, while completely ignoring the person who was operating it. In the second organisation, the manager presented the technology they used in the manufacturing process and, when doing so, he and the operator immediately engaged in an intense discussion, on first name terms, showing a sense of mutual respect and mutual engagement. The culture of the second organisation leads to a much stronger employee involvement and commitment. The most successful organisations are communities, rather than simply places of work.

*Organisations should foster a culture of community*

We also suggest that this sense of community has to go outside the boundaries of the organisation. It is necessary to build a sense of reciprocity within and between organisations. This implies developing new models of leadership for the 21<sup>st</sup> Century, since command and control models of leadership no longer work. The old style of competition between organisations is no longer a universally effective strategy. To build alliances, partnerships, joint ventures and to encourage co-operative co-working between departments is, we suggest, a much more valuable strategy. If people always engage in conflict and competition, this will inevitably undermine their sense of belonging and safety. People should be trained for both commercial reasons and for human reasons to help each other in groups or in departments or across organisations, especially when difficulties are high, in order to build true partnerships and true friendships. Managers should also focus on the value of positive relations between organisations and their wider communities. For organisations not to be simply industrial, com-

mercial, material entities, it is important to build relationships between them and communities. Emphasising ethical practices in organisations and building trust and pride is sound practice morally and commercially. If reciprocity between organisations is encouraged, it increases co-operation generally and makes it more difficult for exploitative strategies to thrive.

*Organisations should build bridges within and between themselves*

Finally, we sustain that it is necessary to build optimism in organisations. Optimism has powerful protective effects in life for human beings (Seligman, 1998). Optimistic people are healthier, and they recover from illness much faster (Scheier & Carver, 1987). Optimism builds belief and enthusiasm. It is not about fantasies and delusions, optimism relates to people's dreams. Building positive expectations can become self-fulfilling. Optimism also helps to prevent depression. Both psychologically and physiologically, optimism is protective. An important way for organisations to build optimism or good feeling is the use of positive feedback. Managers should inform employees about their work, and they should do it in a positive way, emphasising the strengths and showing points for further development. Positive feedback is a mechanism for promoting a better community and healthier people.

*Organisations should foster optimism and the use of positive feedback*

Do individual job satisfaction and different people management practices have an impact on organisational outcomes? To answer these questions, we report results obtained from several research projects. Patterson's *et al.* (1997) eleven-year study of manufacturing organisations in the United Kingdom combined the perspectives of economists and organisational psychologists to understand how market environment, managerial practices, and organisational characteristics affected economic performance and innovation. The link between employee satisfaction and company performance was particularly scrutinized. The literature shows a very weak link between individual job satisfaction and job performance (the correlation is about 0.27), which means that there are many people who are very happy in their work and not doing very good jobs and there are many people who are not very happy in their work but who are working tremendously hard (Marmot, Siegrist, Theorell & Feeney, 1999). This does not offer much support for our claim. However, we examined whether aggregate or average satisfaction within companies was related to company performance, which is different from examining the link between individual job satisfaction and individual job performance. The relationship between the average satisfaction levels of people in one hundred and sixty companies and the subsequent performance of their organizations was then tested. The results were quite clear: a very large part of the variation between companies in their productivity was explained by the average satisfaction level of the employees.

This result might seem difficult to interpret: why should it be that if individual job satisfaction is only weakly related to individual job performance but that average employee satisfaction in a company is strongly related to company productivity? Probably because people who are happy in their work are more co-operative, are better organisational citizens and are more helpful generally (Konovsky & Pugh, 1994; Organ & Ryan, 1995). In companies where people generally share positive feelings about their work, they are likely to be more co-operative with each other, they take on extra tasks that are not part of their job, and together these acts may account for significant differences between companies in performance, which are not detected when we simply measure individual job satisfaction and performance. When people are happy, they are more co-operative (e.g., George, 1992) and creative (e.g., Carnevale & Isen, 1986).

Furthermore, Patterson *et al.* (1997) found that people management practices in the organisations were the best predictor of the variations between companies in performance, independent of the satisfaction of people in organisations. The results showed that the sophistication of manufacturing technology accounted for about one per cent of the variation between companies in productivity; emphasis on quality was responsible for around one per cent; competitive strategy accounted for three per cent; R&D spending and emphasis explained approximately six per cent; and HRM or people management practices about eighteen per cent. The practices that were more relevant were those to do with the acquisition and development of skills —taking on people with a reasonable level of skills and then giving them good inductions, training, suitable appraisals, and fostering their skill and personal development overall. A second influential cluster of people management practices was in the design of work. Those companies that designed jobs to be varied and responsible (different from those one minute cycle jobs described earlier) were more productive. When organisations develop people's skills and put them in situations where they can deploy those skills, they can meet their needs for growth and development and they can also meet their needs for autonomy or control. These results also chime with research findings from the United States that have used survey methodologies and show very similar relationships over time (Becker & Huselid, 1998). In general the research results pointed to the overwhelming importance of people management and social processes in explaining differences between companies in productivity and profitability (e.g., Griffin, Patterson & West, in press; Neal *et al.*, 2001; Patterson *et al.*, 1997; West & Patterson, 1999). The point is that it is people management practices that really make the difference to company performance.

In this chapter we argue that organisations can play an active role in increasing their productivity and profitability and at the same time in promoting a healthier society.

We suggest that organisations can do so by meeting three basic human needs: need for autonomy and control; need for growth and development; and the need to belong. Organisations have to be people-focused. They have to offer people the possibility to grow. They have to give their employees a sense of choice and control. They have to build belonging. In order to achieve that, organisations have to change their human resource practices. We also recommend practical measures, such as team based work, promoting a culture of community, building bridges within and between organisations, and providing positive feedback. Finally, we present evidence for the positive effect of good human resource practices. We argue that organisations should encourage people to take time to reflect on their objectives, their work strategies, their working processes and their relationship with the community and make changes accordingly so that they learn and grow vibrantly and develop effectively.

Creating organizations in which human needs are met means creating healthier organizations and, thereby, a healthier society. The alienation of people in modern western society can begin to be addressed if we take responsibility for building work organizations that satisfy human needs for belonging, growth and development and autonomy and control.



## IV.2. AUTOEFICACIA APLICADA AL TRABAJO Y A LAS ORGANIZACIONES

ISABEL M. MARTÍNEZ

Grupo de Investigación WONT

Universitat Jaume I

178

NUEVOS HORIZONTES EN LA INVESTIGACIÓN SOBRE LA AUTOEFICACIA

### 1. Introducción

La autoeficacia hace referencia a las creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para producir unos determinados resultados (Bandura, 1997, 2001) y debido a la importancia que el trabajo tiene en la vida de las personas, es fundamental la consideración de las creencias de eficacia en el contexto laboral. La autoeficacia es uno de los factores determinantes del modo de pensar, sentir, motivarse y actuar de las personas, por lo que contribuye, de forma significativa a sus logros. No en vano, Drenth, Thierry y Wolff (1998) consideran el estudio de la autoeficacia, como importante línea de investigación futura en psicología del trabajo y de las organizaciones ya que, cada vez más, los trabajadores tendrán que ser capaces de atender a múltiples y variadas tareas, adaptando sus conocimientos, habilidades y destrezas a las demandas concretas del trabajo.

El interés que ha adquirido el estudio de la autoeficacia en el mundo del trabajo se ha puesto de manifiesto en algunos meta-análisis que revelan la diversidad de temas sobre los que se ha investigado (Judge y Bono, 1999; Salgado y Moscoso, 2000; Stajkovic y Luthans, 1998) y el mismo Bandura dedica un capítulo de su obra *Self-Efficacy* (1997) al estudio de la autoeficacia en las organizaciones. En el presente trabajo, atendiendo al esquema del mencionado capítulo, se explora el papel de la autoeficacia siguiendo el proceso desde la elección de carrera y la búsqueda de empleo pasando por el desarrollo profesional, hasta el abandono de la organización.

### 2. Elección de carrera y búsqueda de empleo

Se pueden buscar los primeros antecedentes de la vida laboral y profesional en la elección de carrera. Si las autopercepciones de eficacia determinan, en parte, las opciones que las personas toman y el esfuerzo y perseverancia que desarrollan, debemos tenerlas en cuenta ya en el mismo momento de la elección de carrera, sobre todo si consideramos que las elecciones pueden estar en función de la autoeficacia más que en función de las capacidades, los intereses o las expectativas de recompensa.



En la elección de carrera intervienen en primer lugar las posibles alternativas que los individuos consideran. Cuanto mayor es la eficacia percibida para poder ejecutar con éxito determinadas funciones, más amplio será el abanico de alternativas profesionales que las personas contemplarán (Betz y Hackett, 1981; Lent, Brown y Larkin, 1984; Matsui, Ikeda y Ohnishi, 1989). Con esto, las creencias de eficacia se convierten en predictores del rango de opciones de carrera consideradas a la hora de hacer la elección.

Sin embargo, el considerar determinadas opciones, no supone tomar una decisión acertada. Por eso, recientemente, se ha considerado la autoeficacia para la «toma de decisiones de carrera» y en este sentido, cuanto más seguridad tienen las personas en su capacidad para la toma de decisiones, es más probable que busquen información activamente sobre sus opciones profesionales (Hackett, 1999; Olaz, 2001). Así, las creencias de eficacia afectan a la elección de carrera en un doble sentido. Por un lado determinan el rango de posibles opciones a considerar y por otro, afectan al proceso mismo de elección. Una persona que se considera eficaz para tomar decisiones ante un amplio rango de alternativas, no dudará en buscar y plantearse todas las posibles y con mucha probabilidad elegirá acertadamente.

En relación a la elección de carrera, una cuestión que ha despertado mucho interés se refiere al efecto de la variable género en este proceso y relacionado con la idea de que las mujeres no realizan ciertas elecciones profesionales guiadas por la creencia de que están poco capacitadas para estas tareas (Bandura, 1997). En este ámbito, las creencias de eficacia profesional desempeñan un papel más fuerte que los intereses, los valores y las habilidades en la restricción de las alternativas laborales de las mujeres (Hackett y Betz, 1981). Los mediadores cognitivos y afectivos de las experiencias de socialización vinculadas al rol del género de las mujeres, tienen sus consecuencias en la elección profesional (Hackett, 1999). Por otro lado, las creencias de ineficacia en las mujeres tienen un importante componente social. En primer lugar, a las mujeres se les expone con más frecuencia a experiencias consideradas propiamente femeninas y menos a otras consideradas propias de los hombres. Estos condicionantes sociales determinan las oportunidades de experiencias profesionales de las mujeres en ciertos tipos de tareas, lo cual implica creencias de baja autoeficacia respecto a algunas profesiones. También se considera que la escuela es más fácil para los niños que para las niñas (Phillips y Zimmerman, 1990) y que las chicas tienen menos talento para las matemáticas que los chicos. Estos estereotipos estudiados en padres y maestros también se han encontrado en contextos laborales, Klonoff y Landrine (1995). Por último, otra influencia social importante es el modelado cultural de los estereotipos de rol de género como la televisión, la literatura infantil, la publicidad, etc.

El sentimiento de ineficacia para afrontar ciertas profesiones por parte de las mujeres puede tener su origen en el momento mismo en que se han de adquirir los conocimientos y habilidades básicas para cumplimentarlas (Dickerson y Taylor, 2000; Hackett y Betz, 1981). Así, las creencias de autoeficacia para el estudio de las matemáticas, como antecedente de la elección de carreras tradicionalmente masculinas, ha sido un tema de investigación frecuente (Pajares, Miller y Jhonson, 1999; Pajares y Valiante, 1997). En la base de muchas de estas propuestas está la consideración de que las bajas expectativas de eficacia para las matemáticas puede llevar a las mujeres a evitar carreras de ciencias, lo cual trae como resultado su menor participación en aquellas ocupaciones de relevancia científica.

De esta manera, un cúmulo de factores inmersos en el ambiente familiar, escolar y social están determinando un planteamiento diferencial entre hombres y mujeres respecto a la elección profesional. Las actitudes y expectativas de los padres y maestros, apoyadas por los medios de comunicación y los modelos sociales a imitar, determinan unas creencias de eficacia en función de las cuales se realizan, en gran medida, las elecciones.

En cuanto a la búsqueda de empleo, dado que este proceso implica una serie de elecciones y actuaciones, es de suponer que la autoeficacia intervenga en él. Eden y Aviram (1993) consideran que la autoeficacia es un precursor de actitudes y conductas de búsqueda: demanda de información, presentación de solicitudes, persistencia en el intento e interés por aquellos trabajos para los que el individuo se cree capacitado; a la vez que influye en la inserción laboral de los jóvenes. Otros autores han mostrado el valor de la autoeficacia respecto a la preparación para la búsqueda (Martínez, Marques-Pinto, Salanova y Lopes da Silva, 2002; Martínez y Salanova, 2003), intensidad de la búsqueda de empleo (Wanberg, Kanfer y Rotundo, 1999) y la satisfacción experimentada con la búsqueda (Beas, Llorens y Cifre, 2001).

En la actual situación de escasez de trabajo, es importante afrontar el problema del empleo con confianza en la capacidad para encontrarlo. Esto supone afrontar el proceso de búsqueda contemplando más oportunidades, dedicando más esfuerzo y resistiendo mejor ante las posibles negativas.

### 3. Procesos formativos

Una vez ha ingresado la persona en el mundo laboral, uno de los retos a los que se enfrenta en todo su desarrollo profesional es el de la formación continua. No en vano, es una de las funciones que más se ha desarrollado en la última década dentro de las políticas de recursos humanos en las organizaciones.

La investigación sobre la autoeficacia en relación a la formación se ha dirigido en dos sentidos. Por un lado, se ha considerado la importancia del nivel

de autoeficacia del formando señalando que elevada autoeficacia supone siempre más aprovechamiento de la formación y mayor transferencia de la misma (Saks, 1995). Por otro lado, se ha puesto de manifiesto la necesidad de desarrollar la autoeficacia en el proceso formativo. Junto al aprendizaje de habilidades y destrezas necesarias para el desempeño del puesto, se deben desarrollar las creencias de autoeficacia. Según Garrido (2000), cualquier tipo de enseñanza carecerá de trascendencia, si no se cuida que los formandos generen juicios de capacidad personal. La insistencia en la necesidad de elevar las creencias de eficacia se fundamenta en que el aumento de la misma explica, en parte, la mejora de resultados independientemente de los conocimientos y habilidades adquiridos en el programa formativo (Gist, 1989; Stevens y Gist, 1998). Esto pone de manifiesto que tan importante puede resultar el diseño de los contenidos de la formación como el interés por generar niveles de autoeficacia elevados. Así, llegar a adquirir cierto nivel de conocimientos y habilidades puede estar en función del nivel de autoeficacia pero al mismo tiempo, lo verdaderamente importante no es poseer ciertas capacidades sino ser sentirse capaz de utilizarlas adecuadamente.

#### 4. Desempeño laboral

En el ámbito laboral, últimamente se ha venido investigando la relación entre autoeficacia y desempeño quizás por la creciente demanda, desde el ámbito de la gestión empresarial, de personas que sean capaces de desempeñar nuevos y cada vez más complejos roles, para afrontar los cambios suscitados por los entornos dinámicos y cambiantes en los que están inmersas las organizaciones (Cisneros, Medina, Munduate y Dorado, 2000). La investigación empírica ha mostrado cómo las personas que se sienten capaces de desempeñar determinadas tareas, las desempeñan mejor, persisten en ello, incluso en la adversidad, y son capaces de afrontar mejor las situaciones de cambio (Wood, Bandura y Bailey, 1990). El efecto directo de las creencias de eficacia, independientemente de las capacidades y habilidades, sobre el desempeño se ha estudiado ampliamente mediante la inducción de niveles de autoeficacia (Bandura y Jourden, 1991; Ozer y Bandura, 1990; Wood y Bandura, 1989, Wood y Tabernero, 2000).

Las creencias de eficacia, las expectativas de resultado y las metas son los elementos principales de la motivación y por lo tanto se relacionan con la acción. Sin embargo, ésta no se llevará a cabo con éxito si no existen las subcompetencias necesarias para realizarla. En cuanto a la autoeficacia, no es frecuente que la persona manifieste una autoeficacia vacía de competencias. Cuando se poseen unas competencias básicas, el nivel de autoeficacia favorecer el esfuerzo y perseverancia para adquirir aquellas competencias necesarias para afrontar actividades nuevas. Por lo tanto, la autoeficacia percibida contribuye al desa-

rrollo de subhabilidades, además de influir en la formación de nuevos patrones de conducta a partir de otras que ya se poseen.

Por otro lado, es posible que el sujeto posea las habilidades necesarias y se perciba con la eficacia suficiente para ejecutar una acción y ésta no se lleve a cabo porque falten los incentivos necesarios para ello. También puede ocurrir que tal conducta no se ejecute porque no se posean los recursos materiales necesarios. En determinadas situaciones, las restricciones físicas o sociales limitan la actuación de las personas. En este caso, el nivel de autoeficacia percibida no sufrirá deterioro siempre que la persona considere que su rendimiento se ha visto disminuido o entorpecido por limitaciones externas a ella misma. Los fracasos o los malos resultados, pueden influir en las creencias de autoeficacia, pero lo verdaderamente importante no son los resultados obtenidos por los actos, sino la autoevaluación que el individuo realiza respecto a ellos. A pesar de esta aceptación, se ha de considerar que tan importantes son las expectativas de autoeficacia como las expectativas de resultado ya que las personas actúan cuando mantienen creencias de autoeficacia y expectativas de resultado que hacen que el esfuerzo valga la pena. Las personas se esfuerzan y perseveran, a pesar de las dificultades, para conseguir aquello que juzga valioso. Tales esfuerzos para conseguir sus logros están mediados por diversos mecanismos cognitivos y, en parte están regulados por un amplio sistema de incentivos extrínsecos como son la aprobación, el reconocimiento social, los privilegios, el poder y el dinero. Este tipo de motivación actúa a través de expectativas de resultados que se esperan de las acciones futuras. Pero, las expectativas de resultado dependen de los juicios que hacemos acerca de si podemos conseguirlos, se ha producido una representación mental en la que intervienen las creencias de autoeficacia. Ante un curso de acción, una persona que se percibe eficaz representará resultados positivos de sus acciones al igual que la persona que alberga dudas sobre su eficacia, representará resultados negativos.

También las metas y aspiraciones determinan la acción, pero al igual que las expectativas de resultados dependen de la autoeficacia percibida (Bandura, 1986). Las personas no aspiran a metas que considera del todo inalcanzables. El nivel óptimo en las creencias de autoeficacia es aquél que excede mínimamente al nivel de habilidad real del individuo, ya que alienta al individuo a enfrentar actividades desafiantes que favorecen el desarrollo de la autoeficacia, ayudándolo a perseverar frente a las dificultades y a tolerar las frustraciones que puedan presentársele en el transcurso de la actividad (Bandura, 1986).

Para que las metas supongan incentivos para la acción y desarrollen la autoeficacia, el individuo ha de disponer de criterios con los que medir sus ejecuciones. Cuando el individuo conoce las exigencias de su puesto, obtiene *feedback* de su rendimiento, y tiene información acerca de la actividad que ha de

desarrollar, le será más fácil regular el esfuerzo de una forma adecuada (Bandura y Cervone, 1983).

## 5. Bienestar psicológico

En relación al bienestar psicológico, se ha establecido relación entre autoeficacia y depresión, (Bandura, 1986; Kavanagh, 1992). También se ha confirmado en diferentes culturas la relación entre niveles de autoeficacia, ansiedad y depresión (Schwarzer y Born, 1997) y por nuestra parte (Salanova *et al.*, 2001), hemos podido establecer una relación negativa entre eficacia colectiva y la ansiedad colectiva.

Por otro lado, la importancia que tiene la autoeficacia en el control sobre los elementos del entorno la convierte en un elemento a considerar en las experiencias de estrés. En la medida en que el sujeto posea control sobre los estresores, estos no tendrán efectos adversos para el mismo. La autoeficacia influye sobre la forma en que son percibidas y posteriormente procesadas las demandas del ambiente. Así, las personas con elevados niveles de autoeficacia tienden a interpretar las demandas y problemas más como retos que como amenazas o sucesos subjetivamente incontrolables (Bandura, 1999, 2001).

En este sentido se postula que la autoeficacia puede ejercer de amortiguador ante los estresores haciendo que éstos tengan un impacto menos negativo sobre el individuo (Grau, Salanova y Peiró, 2000; Jex y Bliese, 1999; Kavanagh, 1992) pero además, puede hacer que las demandas del ambiente tengan efectos positivos sobre el bienestar del individuo. La exposición a una demanda, como es el uso de una tecnología, puede proporcionar bienestar psicológico cuando se puede responder de manera adecuada a los requerimientos que presenta (Salanova *et al.*, 2001). La autoeficacia es un predictor del estrés laboral en concreto, niveles altos de autoeficacia suponen bajos niveles de ansiedad, *burnout* y quejas psicósomáticas. Jex y Bliese (1999) señalan que la autoeficacia modula la relación entre determinados estresores como las horas de trabajo, la sobrecarga y el significado de la tarea y algunas de sus consecuencias, como la satisfacción, síntomas físicos, tendencia al abandono y compromiso organizacional.

Además de actuar directamente en la relación estrés-consecuencias, la autoeficacia también puede afectar esta relación mediante la adopción de estrategias de afrontamiento adecuadas (Leiter, 1991). Los individuos con altos niveles de autoeficacia tienden a usar estrategias de afrontamiento centradas en el problema y actuar sobre los estresores, mientras que los de baja autoeficacia usan más estrategias centradas en la emoción y por lo tanto en ellos mismos. Según Jex, Bliese, Buzzell y Primeau, (2001) es fundamental considerar esta relación ya que el impacto de los estresores sobre las personas depende, en gran medida, de las

estrategias de afrontamiento que adopten. Por último, la autoeficacia es una variable importante en los modelos teóricos y en la investigación empírica sobre *burnout* ya que la estructura tridimensional de este constructo asume que la falta de competencia y confianza en uno mismo es uno de sus determinantes (Cherniss, 1980; Leiter, 1992).

En resumen, el nivel de autoeficacia percibida está relacionado con el bienestar psicológico de forma positiva y esta relación está fundamentada en el grado de control que la autoeficacia proporciona sobre las demandas del ambiente. La autoeficacia actúa como amortiguador entre los estresores y sus posibles consecuencias. Los sujetos más autoeficaces no percibirán tales demandas como aversivas sino como oportunidades para superarse y desarrollar sus competencias, se esforzarán por obtener buenos resultados y los logros serán interpretados como resultado de su esfuerzo.

## 6. Eficacia colectiva

Las personas no vivimos de forma aislada sino que muchos de los retos y dificultades con los que nos enfrentamos, representan problemas colectivos que requieren soluciones comunes y conjuntas para lograr cambios significativos. La fuerza de los grupos, de las organizaciones e incluso de las naciones depende en parte de su sentido de eficacia colectiva para resolver los problemas comunes que afectan a todos. La eficacia colectiva es definida como «la creencia compartida por el grupo en un conjunto de capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para ciertos niveles de logro» (Bandura, 1997: 477). El estudio de la eficacia colectiva es muy importante en contextos laborales y según el meta-análisis de Gully, Incalcaterra, Joshi y Beaubien (2002) numerosos trabajos se refieren a su relación con el desempeño grupal.

Los logros de un grupo son el producto no sólo de intenciones compartidas, conocimientos y habilidades de sus miembros sino también de su interacción, coordinación y sinergias dinámicas de sus transacciones. Los miembros de un grupo tienen que coordinar sus ejecuciones y en este proceso se ve afectado por las creencias, motivaciones y calidad del desempeño de sus compañeros. En este sentido, las percepciones colectivas de eficacia son una propiedad emergente a nivel de grupo, no es simplemente la suma de la eficacia individual de sus miembros (Bandura, 1999). Desde luego, las creencias de eficacia colectiva y la autoeficacia pueden diferir. Uno puede considerarse eficaz para una tarea y considerar que el grupo no obtendrá un buen resultado porque no confía en los demás o porque existen variables que influyen en la interacción y que mermar la eficacia grupal. Sin embargo, la eficacia colectiva no opera independientemente de las creencias individuales. Las creencias de eficacia colectiva funcionan de forma similar a las individuales y están arraigadas en ellas.

Las fuentes de eficacia colectiva son las mismas que las de autoeficacia y sus efectos a nivel colectivo son similares. La eficacia colectiva influye sobre las aspiraciones, el manejo de los recursos, la planificación, esfuerzo y perseverancia del grupo. Numerosos estudios han mostrado que la eficacia colectiva predice el desempeño grupal teniendo efectos directos e indirectos (a través de los objetivos y metas) sobre el mismo (Wood, Atkins y Tabernero, 2000). También Mulvey y Klein (1998) llaman la atención acerca de la relación entre autoeficacia y dificultad de los objetivos del grupo y el compromiso de los miembros con estos objetivos. El nivel de eficacia colectiva determina el grado de dificultad de los objetivos que se proponen y que el grupo se implique en la consecución de los mismos.

Por otro lado, un fuerte sentido de autoeficacia colectiva puede contribuir a generar un buen clima de equipo y a generar más ayuda y cooperación entre los individuos (Jex y Bliese, 1999). Este clima de ayuda puede amortiguar los efectos de los estresores proporcionando a los miembros del grupo el soporte emocional necesario para afrontar las demandas a la vez que les puede ayudar a encontrar las estrategias para superar los momentos de estrés (Beehr, 1995). En este sentido se ha puesto de manifiesto el efecto moderador de la eficacia colectiva sobre el desempeño y el bienestar psicológico efectivo cuando se consideran variables como el uso de tecnología y la presión temporal (Salanova, Llorens, Cifre, Martínez y Schaufeli, 2003).

## 7. Autoeficacia y jubilación

Para Bandura (1986) los problemas de autoeficacia en la vejez se centran en las evaluaciones erróneas de las capacidades. Realmente, con la edad se produce una pérdida de funciones y habilidades, pero la gran reserva fisiológica del ser humano puede hacer que esto no perjudique al funcionamiento psicosocial de la persona (Fries y Crapo, 1981). Se ha comprobado que los jóvenes superan a los viejos, incluso en áreas intelectuales y sociales, pero estas diferencias pueden atribuirse, en gran medida, a las experiencias diferentes que se producen entre generaciones (Schaie, 1979). No es que los viejos pierdan inteligencia sino que los jóvenes se benefician de experiencias más ricas que les permiten un nivel de funcionamiento más elevado. De hecho, cuando se enseña a las personas mayores a utilizar sus capacidades intelectuales, la mejora en el funcionamiento cognitivo compensa con creces lo que se suponía una pérdida. Las personas mayores que invierten suficientes esfuerzos alcanzan niveles de funcionamiento superiores a los de los jóvenes (Bandura, 1986).

Sin embargo, las autoevaluaciones que hacemos acerca de nuestras capacidades están influidas por los condicionantes sociales. Esto puede hacer que las personas mayores realicen autoevaluaciones erróneas, mediante compara-

ción social. Por otro lado, las enfermedades que aparecen en la vejez, además de ocasionar daño físico, tienen un importante efecto sobre las percepciones de eficacia. Se ha mostrado, mediante autoeficacia inducida, que cuando se les administra *feedback* a las personas acerca de la superioridad de sus competidores, su ejecución disminuye (Weinberg, Yukelson y Jackson, 1980). Y esto ocurre tanto en ancianos como en jóvenes. Cuando en sujetos jóvenes se equipara su desempeño con el de ancianos, su autoeficacia disminuye y su ejecución también (Tabernero, 1998). La cuestión es saber si cuando a sujetos ancianos se les equipara con jóvenes, aumenta su autoeficacia y su desempeño.

Por otro lado, individuos mayores que otorgan mucha importancia a las comparaciones de sus logros respecto a sus propios logros a lo largo de su vida, y menos importancia a la comparación con otras personas más jóvenes, tienen más probabilidad de obtener autoevaluaciones satisfactorias y no considerarse decréditos. Sin embargo, esta posición es muy difícil en una sociedad en la que los medios de comunicación se empeñan en mostrar una imagen del anciano como un bobo, desocupado e hipocondríaco. El estereotipo del anciano inválido favorece las expectativas culturales y reacciones evaluadoras de ineficacia respecto a la vejez. En sociedades en las que se considera el valor de la vejez, los ancianos llevan una vida productiva y satisfactoria.



### **IV.3. COMPETENCIA PERCIBIDA COMO MEDIADORA ENTRE OBSTÁCULOS/FACILITADORES ORGANIZACIONALES Y BIENESTAR PSICOLÓGICO ENTRE EMPLEADOS DE CONTACTO DIRECTO CON CLIENTES**

**ROSA GRAU\***, **SUSANA LLORENS\***,  
**RAÛL BURRIEL\***, **MARISA SALANOVA\*** Y **SONIA AGUT\*\***

\* Grupo de Investigación WONT. Universitat Jaume I

\*\* Universidad de Murcia

187

#### 1. Introducción

En las últimas décadas, la calidad de servicio se ha convertido en una cuestión clave para la dirección empresarial, básicamente por su capacidad para generar ventaja competitiva y mantener o aumentar la cuota de mercado (Buades, 2001). Este creciente interés en la calidad de servicio a los clientes ha llevado a prestar una mayor atención al trabajo que desempeñan los empleados que interactúan directamente con el cliente. Así, el desempeño adecuado del puesto de trabajo redundará en una mejor calidad de servicio percibida (Hartline y Jones, 1996).

Diferentes aspectos del desempeño del empleado se asocian de forma positiva con la calidad de servicio percibida por parte de los clientes. Estos aspectos del desempeño del empleado son la capacidad de adaptación a las necesidades del cliente, la confianza y cortesía con la que trata a los clientes, la orientación hacia el cliente, tratar de forma especial a los clientes, la espontaneidad, el trabajo en equipo, la empatía, la prestación de un servicio fiable, la voluntad de ayudar a los clientes y de ofrecer un servicio rápido (Farrell, Souchon y Durden, 2001). Incluso, como señalan Brown y Mitchell (1993), un adecuado desempeño del puesto de trabajo favorece la satisfacción laboral del trabajador y también la satisfacción del cliente con el servicio.

Por otra parte, la investigación reciente en entornos organizacionales ha mostrado un interés creciente en el estudio de los obstáculos y facilitadores en el contexto del trabajo, por su influencia directa en el desempeño y salud laboral del empleado (Brown y Mitchell, 1993). En general, los obstáculos y facilitadores son factores de naturaleza tangible. Esto es especialmente pertinente en el sector servicios, porque tanto obstáculos como facilitadores se relacionan con la calidad del servicio.

Concretamente, los obstáculos organizacionales son los factores del ambiente de trabajo que tienen capacidad para restringir el desempeño, requieren que las personas ejerzan un esfuerzo adicional (físico o psicológico) para superarlos,

y se asocian a ciertos costes físicos o psicológicos. Tesluk y Matthieu (1999) llama a estos factores «barreras de actuación». Además, podemos hablar de dos tipos de obstáculos, los técnicos y los sociales. Los obstáculos tienen consecuencias en los empleados y en los clientes. Las principales consecuencias en los empleados son un peor desempeño del puesto de trabajo y bienestar psicológico (Brown y Mitchell, 1993; Steel, Mento y Hendrix, 1987). Con respecto a los clientes, la investigación muestra que los obstáculos pueden tener repercusiones en la satisfacción de usuarios y la calidad de servicio percibida (Schneider, Parkington y Buxton, 1980).

Por su parte, los facilitadores son aspectos organizacionales que han contribuido a la resolución de los obstáculos. Más específicamente, los facilitadores son las acciones y las estrategias dirigidas a mitigar los problemas ocasionados por los obstáculos que pueden interferir en el desempeño (Teskuk y Mathieu, 1999). Pueden incluir tanto el esfuerzo para la eliminación de estos obstáculos, como las conductas de supervisión y las políticas de los recursos humanos (Schneider, White y Paul, 1998). Los facilitadores también influyen en los empleados y los clientes, pero en el sentido inverso que los obstáculos. Así, los facilitadores pueden mejorar el desempeño y el bienestar psicológico (Brown y Mitchell, 1993; Steel *et al.*, 1987). Además, pueden mejorar la satisfacción de clientes y la percepción de la calidad de servicio (Schneider y Bowen, 1993). En esta línea nuestro equipo de investigación ha desarrollado una escala para analizar los obstáculos y facilitadores organizacionales entre los empleados que están en contacto directo con los clientes en el sector turístico (Grau, Salanova, Agut y Burriel, 2001). Para ello se utilizó la metodología de incidentes críticos (Flanagan, 1954) y el análisis de contenido cualitativo. Los resultados mostraron tres categorías de obstáculos (técnicos, físicos y sociales) y dos categorías de facilitadores (sociales y técnicos).

Finalmente, la investigación reciente sobre el síndrome de estar «quemado» en el trabajo (*burnout*) ha puesto de manifiesto dos tendencias en el estudio tradicional del concepto (Maslach, Schaufeli y Leiter, 2000). En primer lugar, el concepto de *burnout* se ha ampliado a todo tipo de profesionales y grupos ocupacionales, y ya no está tan restringido al dominio de los servicios a personas (por ejemplo, salud, educación y trabajo social). El síndrome de *burnout* se diagnosticó originalmente en profesionales que realizaban algún tipo de trabajo con personas, pero parece ser que una de las causas de este hallazgo fue artefactual, ya que se utilizó el MBI-HSS (Maslach y Jackson, 1981), el cual sólo puede ser utilizado entre aquellos trabajadores que trabajan con «gente». Más tarde, la publicación del MBI-*General Survey* (MBI-GS; Schaufeli, Leiter, Maslach y Jackson, 1996) hizo posible estudiar el *burnout* fuera de los servicios humanos ya que sus dimensiones o escalas se refieren de forma más general al trabajo que uno realiza. Por ejemplo, el «agotamiento» se mide con ítems que incluyen

fatiga emocional pero sin hacer referencia explícita a «los otros» como fuente de esas emociones negativas. El «cinismo» refleja indiferencia y actitudes distantes hacia el trabajo que uno realiza pero en términos generales, no necesariamente con otra gente. Finalmente, la falta de «eficacia profesional» se refiere a la ausencia de eficacia percibida en el desarrollo del trabajo, un concepto muy cercano a las creencias de eficacia de Bandura (1997, 1999). La investigación sobre el MBI-GS, aunque es bastante reciente es también abundante, y ha demostrado que la estructura de los «tres factores» es invariable a través de diferentes ocupaciones tales como administrativos y empleados de mantenimiento, tecnólogos, enfermeras y directivos (Leiter y Schaufeli, 1996), ingenieros informáticos y *staff* de la universidad (Taris, Schreurs y Schaufeli, 1999), y trabajadores de cuello azul y blanco (Schutte, Toppinen, Kalimo y Schaufeli, 2000). No obstante, existen excepciones, y por ejemplo, en una muestra de trabajadores que utilizan tecnologías de la información encontramos no tres sino cuatro factores utilizando el MBI-GS en una versión española (Salanova y Grau, 1999; Salanova y Schaufeli, 2000).

El segundo desarrollo reciente, es la investigación sobre el *engagement*, o el así llamado «opuesto» al *burnout* (ver Schaufeli, Salanova, González-Romá y Bakker, 2002). Esta tendencia coincide con la investigación reciente sobre la psicología positiva que se focaliza sobre las fortalezas humanas y el funcionamiento óptimo del ser humano, y no tanto sobre las debilidades y las disfunciones (Seligman y Csikszentmihalyi, 2000). De acuerdo con Maslach y Leiter (1997) el *engagement* se caracteriza por energía, implicación y eficacia, que son los opuestos directos de las tres dimensiones del *burnout* (medido con el MBI-GS): agotamiento, cinismo y falta de eficacia profesional, respectivamente. El *engagement* se ha definido (Schaufeli *et al.*, 2001) como «un constructo motivacional positivo relacionado con el trabajo que está caracterizado por el vigor, dedicación y absorción» (ver también Salanova, Schaufeli, Llorens, Peiró y Grau, 2000). El vigor se caracteriza por altos niveles de energía mientras se trabaja. La dedicación se caracteriza por altos niveles de significado del trabajo, entusiasmo e inspiración. Por último, la absorción consiste en estar plenamente concentrado y feliz mientras se trabaja, teniendo la sensación de que uno se deja «llevar» por el trabajo). La investigación empírica sobre el *engagement* es muy reciente. En los escasos estudios realizados sobre este constructo (Salanova *et al.*, 2001; Schaufeli *et al.*, 2001) se ha puesto de manifiesto la existencia de estas tres dimensiones (vigor, dedicación y absorción). Además, se ha visto mediante análisis factoriales confirmatorios, que los modelos de tres factores ajustan mejor a los datos, después de eliminar algunos ítems. No obstante, hasta el momento no existen a nuestro saber estudios sobre el *engagement* en empleados del sector turístico, y menos sobre el rol desempeñado por la competencia percibida en estos procesos psicosociales.

En suma, el objetivo de este estudio es poner a prueba un modelo sobre los efectos de distintos antecedentes organizacionales (diferentes obstáculos y facilitadores), en el bienestar psicológico (*burnout* y *engagement*), explorando el papel mediador de la competencia percibida.

## 2. Metodología

### 2.1. Muestra y procedimiento

La muestra está compuesta por un total de 349 trabajadores/as de contacto directo con clientes de establecimientos turísticos de la Comunidad Valenciana y de las Islas Baleares. De ellos, el 49,3% (172) son hombres y el 46,1% son mujeres (161). 16 personas no han respondido a esta pregunta. El rango de edad oscila entre 16 y 59 años, por lo que la media de edad es de 33,68 años (DT = 10,33). El 1,1% de la muestra no tiene educación básica (4), el 34,1% tiene estudios medios (119), el 35% posee estudios primarios (122) y el 23,8% estudios universitarios (83). 21 personas no han respondido a esta cuestión. La antigüedad media en su puesto actual es de 7 años.

### 2.2. Variables

#### *Variables independientes*

*Obstáculos.* Como medida de los obstáculos organizacionales, se ha utilizado una escala de elaboración propia (Grau *et al.*, 2001). Los obstáculos relacionados con la organización del trabajo se miden a través de una escala compuesta por 6 ítems. Un ejemplo de ítem es «Realizar tareas extra que impiden tener tiempo para atender los verdaderos cometidos de mi trabajo». Los obstáculos relacionados con los compañeros se miden mediante una escala compuesta por 5 ítems. Un ejemplo de ítem es «Tener que resolver un problema generado en el turno anterior». Los obstáculos relacionados con la formación se miden a través de una escala formada por 4 ítems. Un ejemplo de ítem es «La formación que se da en este establecimiento no prepara para realizar bien el trabajo». Los obstáculos relacionados con las condiciones físicas del puesto de trabajo se miden mediante una escala compuesta por 4 ítems. Un ejemplo de ítem es «Trabajar en un espacio reducido». Finalmente, los obstáculos relacionados con el uso de tecnología se miden a través de una escala de 4 ítems. Un ejemplo de ítem es «Deficiencias en electrodomésticos, maquinarias y/o sistema informático». Para valorar la importancia de estos obstáculos organizacionales, se ha utilizado una escala tipo Likert de 5 puntos que oscila entre «ninguna» (1) y «mucho» (5). Puntuaciones altas indican que el suceso es percibido por el trabajador como un obstáculo importante.

*Facilitadores.* Como medida de los facilitadores organizacionales, se ha utilizado una escala de elaboración propia (Grau *et al.*, 2001). Los facilitadores relacionados con la formación se miden mediante una escala formada por 4 ítems. Un ejemplo de ítem es «Que el establecimiento cuente con la opinión de los trabajadores para la realización de los programas de formación». La siguiente escala, los facilitadores relacionados con el uso de tecnología, se miden a través de una escala compuesta por 4 ítems. Un ejemplo de ítem es «La actualización y disponibilidad de la tecnología en el lugar de trabajo». Finalmente, los facilitadores relacionados con la autonomía en el puesto de trabajo se miden a través de una escala formada por 3 ítems. Un ejemplo de ítem es «Poder decidir el orden en que se realizan las tareas». Para valorar la importancia de estos facilitadores organizacionales, se ha utilizado una escala tipo Likert de 5 puntos que oscila entre «ninguna» (1) y «mucha» (5). Puntuaciones altas indican que el suceso es percibido por el trabajador como un facilitador importante.

*Competencia percibida.* Como medida de la competencia percibida se ha utilizado una escala compuesta por tres factores, adaptada de Ramos, Collado, Marzo, Subirats y Martín (2001). El primer factor, al que llamamos competencia percibida 1, se mide mediante una escala formada por 4 ítems. Un ejemplo de ítem es «Atiendo con prontitud a los clientes». El segundo factor, o competencia percibida 2, se mide a través de una escala formada por 5 ítems. Un ejemplo de ítem es «Sorprendo a los clientes con un servicio excelente». Finalmente, el tercer factor, competencia percibida 3, se mide mediante una escala formada por 4 ítems. Un ejemplo de ítem es «Hay naturalidad en la relación que mantengo con los clientes». Los sujetos responden en una escala Likert de 7 puntos que va desde «muy insatisfecho» a «muy satisfecho».

#### *Variables dependientes*

*Burnout.* Este constructo se ha medido con una versión española del *Maslach-Burnout Inventory-General Survey*, MBI-GS (Schaufeli *et al.*, 1996). Cabe indicar que no se ha utilizado la subescala de eficacia profesional (EP), sino que se han utilizado solamente las dimensiones consideradas el «corazón» del *burnout*. La subescala de agotamiento (AG) comprende 5 ítems. Un ejemplo de ítem es: «Estoy emocionalmente agotado por mi trabajo». La subescala de cinismo (Ci) también comprende 5 ítems. Un ejemplo de ítem es: «Me he vuelto más cínico respecto a la utilidad de mi trabajo». Los trabajadores debían señalar sus respuestas en una escala de 6 puntos (desde «ninguna vez» a «todos los días»). Altas puntuaciones en agotamiento y cinismo son indicadoras de burnout.

*Engagement.* Este constructo se ha medido con el cuestionario de Schaufeli *et al.* (2002) y adaptado por Salanova *et al.* (2000). La subescala de vigor (Vi) incluye 6 ítems. Un ejemplo de ítem es «Cuando me levanto por las mañanas tengo ganas de ir a trabajar». La subescala de dedicación (De) se compone de 5 ítems. Un ejemplo de ítem es: «Mi trabajo es retador». Finalmente, la subes-

cala de absorción (Ab), está formada por 6 ítems. Un ejemplo de ítem es «El tiempo vuela cuando estoy trabajando». Los trabajadores debían señalar sus respuestas en una escala de 6 puntos (desde «ninguna vez» a «todos los días»). Altas puntuaciones en vigor, dedicación y absorción son indicadoras de *engagement*.

### 2.3. Análisis de datos

En primer lugar, se analizaron las consistencias internas (alpha de Cronbach) para las escalas consideradas en el estudio. Como resultado cinco tipos de obstáculos, tres facilitadores, tres escalas de competencia percibida, así como dos subescalas para *burnout* y tres para *engagement* surgieron con un número mínimo de ítems y una consistencia interna máxima. En segundo lugar, se utilizaron análisis de ecuaciones estructurales (*Structural Equation Modeling-SEM*) mediante el programa AMOS (Arbuckle, 1997) para poner a prueba el modelo propuesto. En primer lugar, se estudió la relación entre obstáculos/facilitadores organizacionales y variables de bienestar psicológico medido mediante el corazón del *burnout* (agotamiento, cinismo) y el *engagement* (vigor, dedicación y absorción). Por otra parte, se puso a prueba un modelo alternativo que asume que la Competencia percibida es una variable mediadora entre Obstáculos/Facilitadores organizacionales y las variables de bienestar. Además, se utilizaron diversos índices de ajuste como la prueba  $\chi^2$  aunque debido a su sensibilidad al tamaño de la muestra se utilizaron también otros índices (Bollen, 1989) como el RMSA (*Root Mean Square Error of Approximation*), CFI (*Comparative Fit Index*), GFI (*Goodness of Fit Index*), AGFI (*Adjusted Goodness of Fit Index*), TLI (*Tucker-Lewis Index*), y NFI (*Normed Fit Index*) (Marsh, Balla y Hau, 1996). Generalmente, valores inferiores a .08 en el índice RMSA indican un ajuste aceptable, mientras que valores mayores a 0.1 deberían conducir a rechazar el modelo (Browne y Cudeck, 1993). Para el resto de índices considerados (GFI, AGFI, CFI, TLI y NFI) valores mayores de .90 se considerados indicadores de un buen ajuste a los datos (Hoyle, 1995).

### 3. Resultados

En primer lugar, se analizó la consistencia interna para cada una de las escalas consideradas en el estudio. Los coeficientes  $\alpha$  inicial para cada escala fueron los siguiente: obstáculos organizacionales (6 ítems)  $\alpha = .81$ ; obstáculos relacionados con los compañeros (5 ítems)  $\alpha = .84$ ; obstáculos relacionados con la formación (4 ítems)  $\alpha = .86$ ; obstáculos relacionados con las condiciones físicas (4 ítems)  $\alpha = .88$ ; obstáculos relacionados con la tecnología (4 ítems)  $\alpha = .76$ ; facilitadores relacionados con la formación (4 ítems)  $\alpha = .91$ ; facilitadores relacionados con la tecnología (4 ítems)  $\alpha = .90$ ; facilitadores relacionados con la autonomía (3 ítems)  $\alpha = .84$ ; competencia percibida 1 (4 ítems)  $\alpha = .86$ ; com-

petencia percibida 2 (5 ítems)  $\alpha = .79$ ; competencia percibida 3 (4 ítems)  $\alpha = .62$ ; agotamiento (5 ítems)  $\alpha = .70$ ; cinismo (4 ítems)  $\alpha = .70$ ; vigor (6 ítems)  $\alpha = .77$ ; dedicación (5 ítems)  $\alpha = .89$ ; absorción (6 ítems)  $\alpha = .73$ . La tabla IV.3.1 muestra los coeficientes  $\alpha$  para cada una de las variables utilizadas en el presente estudio, así como las medias, desviaciones típicas y matriz de inter-correlaciones entre las escalas.

Como se puede observar en la tabla IV.3.1, los coeficientes  $\alpha$  son satisfactorios, ya que superan el criterio de .70 recomendado (Nunnally y Bernstein, 1994). Únicamente la subescala competencia percibida 3 muestra un  $\alpha$  menor (.62). Respecto a la matriz de inter-correlaciones entre las escalas podemos señalar que todos los obstáculos están relacionados entre sí, al igual que ocurre entre los tres tipos de facilitadores considerados. Además, existen correlaciones significativas entre obstáculos y facilitadores. En cuanto a las variables de salud, las dos dimensiones del *burnout* están altamente interrelacionadas entre sí al igual que sucede con las tres dimensiones del *engagement*. Por otro lado, el agotamiento sólo muestra relaciones significativas con los obstáculos físicos, mientras que se muestran relaciones con dos tipos de facilitadores (relacionados con la formación y relacionados con la tecnología), así como con dos variables de competencia percibida y las tres dimensiones del *engagement*. Por su parte, el cinismo muestra relaciones significativas con los obstáculos organizacionales y con los obstáculos relacionados con los compañeros, así como con los facilitadores relacionados con la formación y los facilitadores relacionados con la tecnología y con las tres variables de competencia percibida. En cuanto a las dimensiones del *engagement*, cabe señalar la falta de correlaciones significativas con los obstáculos, a excepción de dedicación que muestra una correlación baja aunque significativa con los obstáculos técnicos. Por el contrario, existen relaciones significativas entre las dimensiones del *engagement* (vigor y dedicación) y los tres tipos de facilitadores (relacionados con la formación, relacionados con la tecnología y relacionados con la autonomía), aunque absorción sólo muestra relaciones significativas con los facilitadores relacionados con la formación y los relacionados con la tecnología. Finalmente, se encuentran relaciones significativas entre vigor y dedicación con la competencia percibida y con el «corazón del burnout» (agotamiento y cinismo), mientras que la relación entre absorción y agotamiento es no significativa.

Posteriormente, dos modelos alternativos se ajustaron a los datos: (M1) un modelo que asume relaciones directas entre obstáculos/facilitadores organizacionales y las variables de bienestar psicológico (corazón del *burnout* y *engagement*) y (M2) un modelo que asume que la competencia percibida es una variable mediadora entre obstáculos/facilitadores organizacionales y las variables de bienestar psicológico (corazón del *burnout* y *engagement*). El ajuste a los modelos hipotetizados se resume en la tabla IV.3.2 y IV.3.1. El ajuste del

**Tabla IV.3.1.** Estadísticos descriptivos para las variables del estudio (N = 349)

Variables	M	DT	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1. O. Org	3.49	.92	.81															
2. O. Comp	2.77	1.10	.42*	.84														
3. O. Form	2.89	1.18	.29*	.42*	.86													
4. O. Físic	3.32	1.21	.43*	.40*	.38*	.88												
5. O. Tec	3.42	.99	.51*	.44*	.50*	.51*	.76											
6. F. Form	3.75	1.06	.16*	.30*	.29*	.28*	.39*	.91										
7. F. Tec	4.02	1.02	.19*	.21*	.22*	.28*	.39*	.55*	.90									
8. F. Auto	3.73	1.04	.25*	.25*	.30*	.15*	.31*	.51*	.51*	.84								
9. Comp 1	6.31	.67	.05	-.07	-.09	.01	.06	.15*	.24*	.24*	.86							
10. Comp 2	5.92	.83	-.07	.02	.16**	.08	.13*	.27*	.29*	.27*	.49*	.79						
11. Comp 3	5.87	.86	-.04	-.01	.15*	.06	.13*	.31*	.31*	.31*	.52*	.91*	.62					
12. Ag	2.43	1.52	.24*	.04	.02	.19*	.02	-.12*	-.14*	-.09	-.14*	-.30*	-.28*	.70				
13. Ci	1.20	1.32	.15*	.11*	.02	.06	-.04	-.16*	-.23*	-.06	-.17*	-.36*	-.34*	.59*	.70			
14. Vi	5.28	.81	.01	-.05	.01	-.01	.01	.18*	.22*	.15**	.28*	.32*	.33*	-.23*	-.21*	.77		
15. De	4.43	1.41	-.11	-.03	.07	-.02	.12*	.29*	.29*	.21*	.25*	.44*	.46*	-.41*	-.56*	.37*	.89	
16. Ab	4.02	1.31	-.05	-.07	.04	.03	.02	.12*	.17*	.10	.13*	.30*	.31*	-.07	-.19*	.43*	.43*	.73

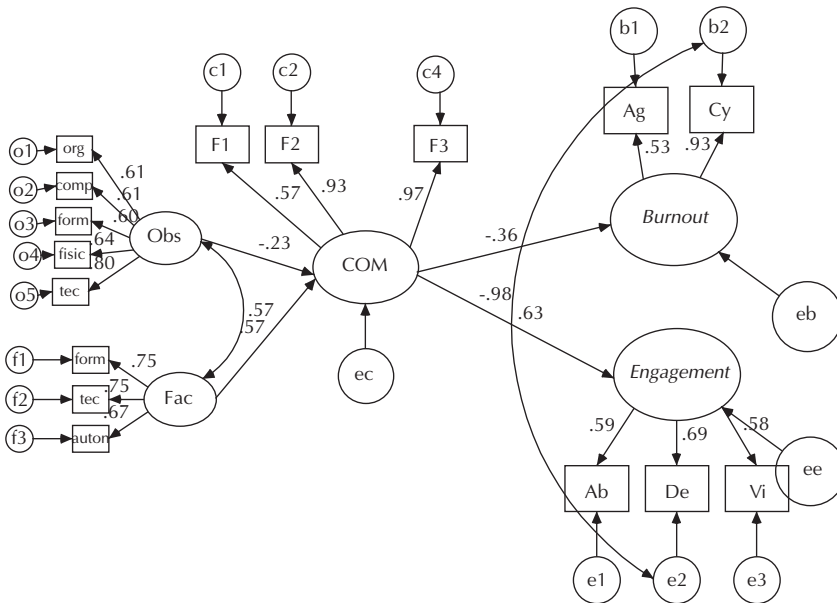
Nota: todas las correlaciones son significativas con una  $*p < = .01$ ; el alfa de las escalas aparece en la diagonal



modelo (M2) que propone que la competencia percibida es una variable mediadora entre obstáculos/facilitadores y bienestar (corazón del *burnout* y *engagement*) es significativamente superior al ajuste del M1 que propone relaciones directas entre las variables consideradas ( $\Delta\chi^2(39) = 123.8, p < .001$ ). Sin embargo, teniendo en cuenta los índices de modificación, este ajuste se mejora significativamente si se permite la correlación entre un par de errores (CY\_DE) ( $\Delta\chi^2(1) = 77.31, p < .001$ ). En el modelo revisado, el valor de *RMSA* satisface el criterio de .08, y los demás índices son superiores o se acercan a .90. Así pues, puede concluirse que la presencia de la competencia percibida resulta una variable mediadora importante entre obstáculos/facilitadores organizacionales y las variables de Bienestar consideradas (corazón del *burnout* y las tres dimensiones de *engagement*).

**Tabla IV.3.2.** Modelos de ecuaciones estructurales (N = 349)

Modelo	$\chi^2$	df	GFI	AGFI	RMSEA	TLI	CFI	NFI	IFI
M1	242.89	60	.91	.86	.09	.82	.86	.83	.87
M2	366.69	99	.88	.84	.09	.85	.88	.84	.88
M2 revisado	289.38	98	.90	.87	.07	.89	.91	.88	.92



**Figura IV.3.1.** Modelo de ecuaciones estructurales

#### 4. Conclusiones

El objetivo de este estudio era poner a prueba un modelo sobre los efectos de distintos antecedentes organizacionales (diferentes obstáculos y facilitadores), en el bienestar psicológico (*burnout* y *engagement*), explorando el papel mediador de la competencia percibida. En primer lugar, los resultados obtenidos han puesto de manifiesto que los diferentes obstáculos organizacionales (los organizacionales, y los relacionados con los compañeros, la formación, la tecnología y las condiciones físicas) explorados inciden de forma negativa en la competencia percibida de los empleados. Por el contrario, los facilitadores organizacionales (relacionados con la tecnología, la formación y la autonomía) se relacionan de forma positiva con la competencia percibida. Estos hallazgos confirman estudios previos (Brown y Mitchell, 1993; Steel *et al.*, 1987), poniéndose pues de relieve el hecho de que ciertos aspectos de carácter organizacionales que están fuera del control del empleado inciden de forma significativa en cómo éste desempeña las tareas de su puesto.

Además, los resultados obtenidos muestran que la competencia percibida es un claro antecedente del bienestar psicológico de los empleados (bajo *burnout* y altos niveles de *engagement*). Así, encontramos que la competencia percibida se asocia de forma negativa con el burnout (agotamiento y cinismo –corazón del *burnout*), mientras que con el *engagement* (vigor, dedicación y absorción) mantiene una relación positiva. En tercer lugar, se ha obtenido que la competencia percibida ejercer un papel mediador en la relación entre las características organizacionales (obstáculos y facilitadores) y la salud (*burnout* y *engagement*). Esto es, los obstáculos y facilitadores organizacionales no influyen directamente en la salud de los empleados, sino que lo hacen a través de la competencia percibida.

En definitiva, en la medida en que el empleado posea las competencias adecuadas para prestar un servicio de calidad, el efecto que sobre él ejerzan los obstáculos se verá reducido, mientras que el beneficio de los facilitadores se verá potenciado. Además, su salud psicológica se verá mejorada, es decir, se sentirá menos «quemado» y más implicado en su trabajo. Es más cabría esperar que incluso que esto favoreciera la calidad de servicio que perciban los clientes, su satisfacción con el servicio y la posibilidad de que éstos vuelvan al establecimiento en el futuro.

Los resultados tienen importantes implicaciones para los gerentes de los establecimientos turísticos porque en la medida en que sus organizaciones dispongan de la tecnología adecuada, de que sus empleados cuenten con la formación adecuada y con autonomía para desempeñar las tareas del puesto y de que, además, sus trabajos no se vean obstaculizados (por ejemplo, malas relaciones con los compañeros o malas condiciones físicas), estos empleados rea-

lizarán un mejor trabajo de atención a los clientes. Y esto, además, contribuirá a mejorar su salud psicológica (menos *burnout* y más *engagement*).

En posteriores trabajos debería ampliarse este estudio a otros colectivos dentro de este sector (por ejemplo, trabajadores de agencias de viajes, supervisores y gerentes de hoteles y restaurantes). Además, podría preguntarse a los clientes acerca de su satisfacción con el servicio, la calidad que perciben y su predisposición a volver al establecimiento.

## IV.4. MORAL, POTENCIAL PSICOLÓGICO Y EFICACIA

JUAN M. GARCÍA MONTAÑO\*,  
MARÍA T. GUTIÉRREZ DOMÍNGUEZ\*,  
M. L. MORENO LÁZARO\*, M. A. NÚNEZ AMADOR\*  
Y MARÍA D. MARTÍNEZ\*\*

\*Instituto Universitario General Gutiérrez Mellado

\*\*Universidad Nacional de Educación a Distancia

### 1. Introducción

En las últimas décadas se ha manifestado un notable interés por los grupos. Según Levine y Moreland (1998) se debe al menos a dos importantes razones. En primer lugar porque se ha comprobado la importancia del grupo en contextos empresariales y militares, donde una gran parte de las actividades sólo pueden realizarse trabajando en equipo. Y en segundo lugar porque se ha manifestado una diferencia significativa en algunos aspectos entre los grupos reales y los grupos de laboratorio a partir de los cuales se han construido la mayor parte de las teorías tradicionales de carácter psicosocial, de modo que esas diferencias justifican que se les dedique una especial atención tanto teórica como empírica.

Un tema que tiene especial relevancia para el grupo es la moral. El concepto de moral ha interesado siempre a los pensadores de toda índole y de todos los tiempos. No obstante, la moral puede ser concebida de diferentes maneras, por lo que se puede pensar que se trata de un concepto multidimensional y que el pilar básico de este concepto es el grupo.

En el mundo militar, el análisis del componente humano en las acciones de combate ha estado siempre presente en los pensadores e investigadores. Así, Clausewitz (1831), en su libro *De la Guerra*, puso de manifiesto la gran importancia que tiene en un combate, lo que él llamó «la calidad de las tropas», subrayando el aspecto moral como el más importante. De esta manera, la moral de las tropas ha sido y es motivo de preocupación constante de todo mando militar consciente de que, por encima del valor de los medios y la tecnología, es la moral de las personas que emplean dichos sistemas un factor clave en el éxito de sus acciones.

Es muy habitual que en estudios y ejercicios, específicamente militares, se hable de moral de las tropas o unidades, tratando de reflejar el estado o disposición de las mismas para la acción. Ya en 1927, Vigón distinguía entre moral –esencialmente ética o religiosa–, cuando hace referencia a un repertorio de normas de conducta, y moral –como actitud psicológica–, cuando se alude al estado anímico de las tropas.

No obstante, fue especialmente en la década de los ochenta, cuando países de nuestro entorno como Francia, Gran Bretaña, Estados Unidos, entre otros, comenzaron a desarrollar modelos operativos capaces de describir la capacidad humana de las unidades militares en el combate. El ejército de tierra francés en 1989 elaboró un cuestionario que tras ser aplicado a una unidad medía la «capacidad psicológica» de la misma a través de seis parámetros o factores principales.

Núñez y García-Montaña (1994), cuando iniciaron la investigación en este campo, no encontraron ningún trabajo español que abordara este problema, especialmente en las unidades militares. Por ello, en un intento de operativizar la moral en los grupos militares, más concretamente en las unidades militares que componen el ejército, se llegó al constructo de *potencial psicológico de unidad* (PPU) entendido como el estado de ánimo –individual y colectivo– que proporciona a la unidad confianza en el éxito de sus acciones.

Por ello, y partiendo del cuestionario francés, se elaboró el primer cuestionario español para la estimación del potencial psicológico de unidad, CEPPU (Núñez y García-Montaña, 1994).

Recientemente, dados los cambios que se han producido en el seno de las fuerzas armadas, en las que la profesionalización de sus componentes, y la preparación y actuación en misiones exteriores pueden ser los dos hitos más importantes en los últimos tiempos, nos hemos visto obligados a validar el cuestionario citado para adaptarlo a la situación actual y obtener así el CEPPU-03. Los factores del potencial psicológico de unidad a los que dio lugar dicha validación fueron los siguientes: *cohesión, confianza en el mando, confianza en sí mismo, confianza en los medios materiales, confianza en la unidad, condiciones de trabajo, convicción personal, y apoyo social*.

Como han señalado Guzzo y Dickson (1996) y Guzzo, Yost, Campbell y Shea (1993) son necesarios estudios en los que se compare diferentes constructos basados en las expectativas y en la percepción de eficacia, en un nivel de análisis grupal. Por otra parte, dado que el cuestionario para la estimación del potencial psicológico de unidad (CEPPU-03) pretende medir la confianza que cada miembro de la unidad, grupo militar fundamental, tiene en la ejecución con éxito de las acciones individuales y colectivas que le son encargadas, parece oportuno compararlo con escalas que han demostrado medir estos mismos constructos de forma separada. Elegimos estos dos conceptos, *potencia en grupo* y *autoeficacia* ya que la potencia en grupos pretende medir la creencia colectiva, existente en el grupo de que puede ser eficaz (Guzzo *et al.*, 1993). Y la autoeficacia porque es definido como la creencia individual que tiene capacidad para llevar a cabo una tarea concreta con éxito en unas circunstancias determinadas (Bandura, 1977).

Por todo ello, nos proponemos informar, en este estudio, de las características del CEPPU-03 en relación con las escalas de potencia en grupos y autoefi-

cacia general y ver hasta qué punto muestran medidas coherentes con constructos similares, nacidos en ámbitos diferentes con la necesidad común de operativizar y medir la «moral».

## 2. Método

### 2.1. Sujetos

La muestra estaba compuesta por 78 militares, 68 hombres y 10 mujeres, con edades comprendidas entre los 22 y los 35 años.

### 2.2. Variables e instrumentos

- *Cuestionario para la estimación del potencial psicológico de unidad (CEPPU-03)*

Este instrumento consta de 88 ítems y evalúa el estado de ánimo que da confianza para llevar a cabo una misión o actividad con éxito, a través de los ocho factores citados anteriormente.

- *Cuestionario de autoeficacia general, realizado por Baessler y Schwarzer (1996)*

Este instrumento está compuesto por 10 ítems, evalúa el nivel general de confianza que los sujetos tienen en sus capacidades, para hacer frente a las diversas demandas del ambiente. La única variación realizada con respecto al cuestionario original fue cambiar el formato de respuesta de escalas tipo Likert de 4 puntos, a escalas también tipo Likert de 6 puntos, con objeto de que todas las medidas tuvieran la misma escala.

- *Escala de potencia en grupos que evalúa la motivación grupal*

El cuestionario realizado por Guzzo *et al.* (1993) ha servido de base para realizar la adaptación utilizada en la presente investigación. Su formulación original consiste en enunciados afirmativos, todos ellos de carácter positivo, pero tal y como se realizó en una investigación realizada por Alcover de la Hera (1988), se modificó el sentido positivo, en tres de ellos, para evitar el estilo de respuesta asertivo, teniendo un total de 5 ítems en sentido positivo y 3 ítems en sentido negativo. Respecto a escala de respuesta se mantuvo la utilizada en el citado estudio.

### 2.3. Procedimiento

La recogida de datos se llevó a cabo de forma colectiva en una única sesión. Para ello, se les entregó a los participantes los tres cuestionarios de forma independiente. La aplicación total de las pruebas tuvo una duración aproximada de 45 minutos.

### 3.Resultados

#### 3.1. *Fiabilidad*

En la tabla IV.4.1 se describe el coeficiente de fiabilidad, tanto mediante el coeficiente alpha de Cronbach (1951), como por la división del test en dos mitades realizado para los datos obtenidos mediante el CEPPU-03. Tal y como podemos ver en la tabla, se obtuvo una consistencia interna de 0.9367 (coeficiente alpha) y una correlación entre dos mitades de 0.8138.

**Tabla IV.4.1.** Análisis de fiabilidad medido mediante el coeficiente alpha y el método de dos mitades

<b>Análisis de fiabilidad</b>				
<b>COEFICIENTE ALPHA</b>				
<i>Nº de Sujetos</i>	<i>Nº de Variables</i>	<i>Media</i>	<i>Desv. Típica</i>	<i>Varianza</i>
<i>Coeficiente</i>				
76	49	3133.2	654.8586	428839.8
0,9367				
<b>DOS MITADES (SPERMAN BROWN)</b>				
<i>Nº de Sujetos</i>	<i>Nº de Variables</i>	<i>Media</i>	<i>Desv. Típica</i>	<i>Varianza</i>
<i>Coeficiente</i>				
76	20	1634.21	370.91	
137580.702				
,8974				
76	19	1499.01	322.60	
104074.013				

#### 3.2. *Validez*

Tomando el ítem 63 como criterio externo, referido al concepto de potencial psicológico, se determinó la validez convergente del cuestionario. La correlación obtenida entre el criterio (ítem 63) y la puntuación total en los restantes ítems que evaluaban el potencial psicológico fue significativa con un valor de 0.589,  $p < 0.01$ .

Para analizar la validez de criterio se calcularon las correlaciones del CEPPU-03 con las otras medidas, autoeficacia general y potencia en grupo. En

la tabla IV.4.2 se muestran las medias y desviaciones típicas de cada una de estas escalas, así como su correlación con el CEPPU. Tal como podemos apreciar nuestro cuestionario tiene correlaciones significativas con los constructos con los que en el ámbito teórico se relaciona.

**Tabla IV.4.2.** Tabla de correlaciones entre las medidas de potencia en grupos, autoeficacia y CEPPU-01

<i>PRUEBA</i>	<i>Nº de Sujetos</i>	<i>Media</i>	<i>Desviación típica</i>	<i>Correlaciones con CEPPU</i>
Autoeficacia	76	78.7466	12.0969	.469**
			.000	
Potencia	76	67.6494	16.2114	.550**
			.000	

\*\* La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

**Tabla IV.4.3.** Tabla de correlaciones de los resultados de la escala de potencia y autoeficacia con los factores del PPU

<i>FACTORES DEL CEPPU</i>		<i>Potencia</i>	<i>Autoeficacia</i>
<i>Confianza en el mando</i>	Pearson	.424	.280
	Sig.	.000**	.014*
<i>Confianza en los medios</i>	Pearson	.550	.323
	Sig.	.000**	.004*
<i>Condiciones de trabajo</i>	Pearson	.488	.357
	Sig.	.000**	.002*
<i>Convicciones personales</i>	Pearson	.178	.432
	Sig.	.123	.000**
<i>Cohesión</i>	Pearson	.479	.302
	Sig.	.000**	.008*
<i>Confianza en sí mismo</i>	Pearson	.253	.452
	Sig.	.028	.000**
<i>Confianza en unidad</i>	Pearson	.540	.424
	Sig.	.000**	.000**
<i>Apoyo social</i>	Pearson	.097	.164
	Sig.	.404	.157

\*\* La correlación es significativa al nivel 0.01 (bilateral).

\* La correlación es significativa al nivel 0.05 (bilateral).



Con objeto de comprobar qué factores, de los que evalúa el CEPPU-03, se encuentran relacionados con los conceptos de potencia en grupos y autoeficacia se calcularon las correlaciones entre las puntuaciones de estos últimos y cada uno de los factores (véase la tabla IV.4.3).

La escala potencia en grupos correlaciona de forma significativa con los factores: confianza en el mando, confianza en los medios, condiciones de trabajo, cohesión, y confianza en la unidad. Sin embargo, dicha escala no correlacionaba de forma significativa con: convicciones personales, confianza en sí mismo, y apoyo social.

La escala de autoeficacia general correlaciona de forma media, con un nivel de confianza del 0.01, con los factores: convicciones personales, confianza en sí mismo y confianza en la unidad; y con un nivel de significación del 0.05, dicha escala mantiene una correlación baja con los factores: confianza en el mando, confianza en los medios, condiciones de trabajo, y cohesión.

#### 4. Discusión y conclusión

Los resultados obtenidos en este estudio sobre las características del CEPPU-03 muestran que, por una parte, tiene una alta fiabilidad, sea por la consistencia interna encontrada ( $\alpha = 0.94$ ), sea por la correlación entre dos mitades (0.897). Por otra parte, el cuestionario se muestra válido para predecir constructos como autoeficacia y potencia en grupos. Con respecto al primero, podemos decir que está recogido en nuestros factores: confianza en sí mismo, confianza en la unidad, y convicciones personales. En relación con la potencia podemos argumentar, según las correlaciones encontradas, que podría ser predicha por nuestros factores: confianza en el mando, confianza en los medios, condiciones de trabajo, cohesión, y confianza en la unidad.

La autoeficacia es un constructo de carácter individual, mientras la potencia en grupos tiene un carácter marcadamente colectivo. No obstante, aunque el grupo no sea la suma de individualidades, variables de carácter individual pueden afectar a toda una colectividad y a la inversa.

En nuestro estudio, el hecho de que el factor confianza en la unidad, que es un factor eminentemente colectivo, esté relacionado con la autoeficacia, nos podría indicar que la autoeficacia general –confianza en las capacidades propias para manejar ciertos estresores– dependería entre otras variables de la confianza que le proporciona el entorno o contexto donde debe ejercitarse la persona. En nuestro caso, el contexto es el grupo o unidad de pertenencia. De esta forma, en la medida que la confianza del sujeto en su grupo aumenta, también lo hará su autoeficacia, y viceversa.

Por otra parte, en relación con el constructo potencia en grupos podría discutirse si los factores, anteriormente citados, están midiendo parte o la totalidad

de la potencia en la unidad, en este caso, o más bien mide conceptos más próximos a la eficacia colectiva. Guzzo *et al.* (1993) hicieron hincapié en la diferencia entre potencia y eficacia colectiva, aludiendo al carácter de creencia compartida que tiene la potencia, mientras que la eficacia colectiva es una creencia individual. Ahora bien, cuando administramos una escala o cuestionario, como los aquí analizamos, lo hacemos de una forma individual, sin que los sujetos tengan capacidad para comentar o acordar respuestas con los demás miembros del grupo. Esto nos lleva a dudar sobre si nuestros factores están más próximos al constructo eficacia colectiva o a potencia en grupos, o –en el peor de los casos– a una potencia en grupos medida de forma individual que, por otra parte, podría cuestionarse si es algo realmente distinto de la eficacia colectiva.

En cualquier caso, futuros estudios, en los que se administren simultáneamente escalas de los constructos citados, pueden ayudarnos a resolver estas preguntas y a interpretar semejanzas y diferencias.

En conclusión, el estudio realizado nos permite afirmar que el cuestionario CEPPU-03 es un instrumento adecuado para medir el potencial psicológico de unidad (PPU), a través de ocho factores, añadiendo un esfuerzo más en el intento de operativización de la moral.

## IV.5. LA INCIDENCIA DEL ENTRENAMIENTO EN EL NIVEL DE EFICACIA PERCIBIDA: UN ESTUDIO EN UN EQUIPO FEMENINO DE FÚTBOL

LLORENÇ ANDREU, ÀLEX PALLARÉS Y ÓSCAR JUÁREZ

Estudiantes de la Universitat Jaume I

### 1. Introducción

En el terreno deportivo no es suficiente que el deportista tenga capacidad para conseguir un buen rendimiento en su deporte sino además también ha de querer conseguirlo y creer que tiene capacidad para ello. La aproximación cognitiva en el estudio de la motivación de logro asume que en el esfuerzo por conseguir algo intervienen una serie de mediadores cognitivos entre los que la autoconfianza o percepción que uno tiene sobre su habilidad ocupa un lugar central. Para describir la capacidad percibida para alcanzar cierto nivel de ejecución se han utilizado términos tan diversos como «autoconfianza», «autoeficacia», «habilidad percibida» y «competencia percibida». Entre ellos, la teoría de la autoeficacia de Bandura ha sido la más utilizada para investigar la autoconfianza en el área del deporte y el rendimiento motor (Feltz, 1988).

En el marco de su teoría sociocognitiva, Albert Bandura elaboró su teoría de la autoeficacia a partir de la cual podemos explicar el comportamiento como un modelo de reciprocidad triádica donde cada uno de los factores actúan entre sí como determinantes interactivos. Esta teoría de determinismo recíproco propone como principio que la conducta y el funcionamiento humano están determinados por las influencias interrelacionadas de los estados fisiológicos de los individuos, las conductas, las cogniciones y el medio ambiente. La teoría de la autoeficacia concede un papel central a la influencia del pensamiento autorreferente sobre el funcionamiento psicosocial actuando como mediador de la conducta y de la motivación de las personas. Los juicios que tienen las personas sobre su capacidad para actuar a un nivel determinado en una tarea concreta influyen en su conducta (esfuerzo, persistencia, etc.), en sus patrones de pensamiento y en sus reacciones emocionales.

Las creencias de las personas en relación a su eficacia pueden desarrollarse a través de cuatro formas fundamentales de influencia: las experiencias de dominio, las experiencias vicarias, la persuasión social y los estados físicos, psicológicos y emocionales.

a) El modo más efectivo de crear una fuerte sensación de eficacia son las *experiencias de dominio*. Éstas aportan la prueba más auténtica de si uno puede reunir o no todo lo que se requiere para lograr el éxito. Los éxitos crean una

robusta creencia en relación a la eficacia personal. Los fracasos la debilitan, especialmente si los fracasos se producen antes de haberse establecido firmemente el sentido de eficacia. Desarrollar un sentido de eficacia mediante las experiencias de dominio no es una cuestión de adoptar hábitos preparados. Conlleva la adquisición de instrumentos cognitivos, conductuales y auto-reguladores para crear y ejecutar los apropiados cursos de acción necesarios para manejar las circunstancias continuamente cambiantes de la vida.

b) El segundo modo, las *experiencias vicarias* comprenden el hecho de observar a personas similares a uno, alcanzar el éxito tras esfuerzos perseverantes aumenta las creencias del observador en relación a que él también posee las capacidades necesarias para dominar actividades comparables. Por el mismo principio, observando el fracaso ajeno a pesar de los esfuerzos, reduce los juicios de los observadores sobre su propia eficacia y mina su nivel de motivación. El impacto del modelado sobre las creencias de eficacia personal está fuertemente influido por la similitud percibida con los modelos. Cuanta mayor sea la similitud asumida, más persuasivos son los éxitos y los fracasos de los modelos.

c) *La persuasión social* constituye el tercer modo de fortalecer las creencias de las personas en relación a su capacidad para alcanzar el éxito. Las personas a quienes se persuade verbalmente de que poseen las capacidades para dominar determinadas capacidades tienden a movilizar más esfuerzo y a sostenerlo durante más tiempo que cuando dudan de sí mismas y cuando piensan en sus deficiencias personales ante los problemas. En la medida que los empujes persuasivos en la auto-eficacia persuasiva conducen a esforzarse todo lo necesario para alcanzar el éxito, las creencias de auto-eficacia fomentan el desarrollo de destrezas y la sensación de eficacia personal.

Es más difícil infundir creencias altas de eficacia personal que debilitarlas mediante la persuasión social exclusivamente. Los empujes utópicos se desconfirman rápidamente mediante resultados decepcionantes ante los propios esfuerzos. Pero las personas que han sido persuadidas de carecer de las capacidades tienden a evitar las actividades retadoras que pudieran cultivar sus potencialidades, y abandonan rápidamente cualquier esfuerzo ante las dificultades.

d) Las personas también responden parcialmente a sus *estados físicos, psicológicos y emocionales* al juzgar sus capacidades. Interpretan sus reacciones de estrés y tensión como señales de vulnerabilidad ante una ejecución pobre. En las actividades que implican fuerza y persistencia, las personas juzgan su fatiga, dolores y molestias como señales de debilidad física. El estado de ánimo también influye sobre los juicios que las personas hacen de su eficacia personal. El estado de ánimo positivo fomenta la autoeficacia percibida; el estado de ánimo negativo la reduce. Así pues, el cuarto modo de alterar las creencias de eficacia consiste en favorecer el estado físico, reducir el estrés y las procli-

vidades emocionales negativas y corregir las falsas interpretaciones de los estados orgánicos.

La información relevante para juzgar la eficacia personal, independientemente de que haya sido transmitida activa, vicaria, persuasiva o afectivamente no es inherentemente instructiva. Adquiere su importancia mediante el procesamiento cognitivo. Por lo tanto, la información a través de distintas formas de influencia debería diferenciarse del procesamiento cognitivo mediante el cual dicha información es seleccionada, sopesada e integrada en los juicios de autoeficacia.

Las creencias de eficacia regulan el funcionamiento humano mediante cuatro procesos fundamentales. Incluyen los procesos cognitivos, motivacionales, afectivos y selectivos. Estos diferentes procesos operan habitualmente de forma conjunta y no aislada, en la regulación continua del funcionamiento humano.

a) Procesos cognitivos: Los efectos de las creencias de eficacia sobre los procesos cognitivos adoptan una variedad de formas.

Gran parte de la conducta humana, que persigue una finalidad, se regula mediante el pensamiento anticipador que incluye los objetivos deseados. El establecimiento de objetivos personales está influido por las autoestimaciones de las capacidades. Cuanto más fuerte sea la autoeficacia percibida, más retadores son los objetivos que se establecen las personas y más firme es su compromiso para alcanzarlos.

b) Procesos motivacionales: Las creencias de eficacia desempeñan un rol clave en la autorregulación de la motivación. La mayoría de la motivación humana se genera cognitivamente. Las personas se motivan a sí mismas y dirigen sus acciones anticipadamente mediante el ejercicio del pensamiento anticipador. Elaboran creencias sobre lo que pueden hacer. Anticipan los resultados probables o acciones futuras. Establecen objetivos para sí mismas y planifican cursos de acción destinados a hacer realidad los futuros que predicen. Movilizan los recursos a voluntad y el nivel de esfuerzo necesario para alcanzar el éxito.

Existen diferentes formas de motivadores cognitivos alrededor de los que se han elaborado distintas teorías. Incluyen las *atribuciones causales*, las *expectativas de resultados* y las *metas cognitivas*.

Las creencias de eficacia operan en cada uno de estos tipos de motivación cognitiva. Las creencias de eficacia influyen sobre las atribuciones causales. Las personas que se consideran a sí mismas como altamente eficaces atribuyen sus fracasos al esfuerzo insuficiente o a las condiciones situacionales adversas, mientras que aquellas que se consideran ineficaces tienden a atribuir sus fracasos a una escasa habilidad.

En la teoría del valor de la expectancia, la motivación está regulada por la expectativa de que un determinado curso de acción producirá ciertos resultados

y el valor concedido a dichos resultados. Pero las personas actúan en base a sus creencias sobre lo que pueden hacer y sobre los posibles resultados de la ejecución.

La motivación basada en metas o estándares personales está gobernada por tres tipos de autoinfluencia. Incluyen reacciones de autosatisfacción y autoinsatisfacción ante la ejecución personal, ante la eficacia percibida para el logro de las metas y ante el reajuste de las metas personales basándose en los propios progresos.

c) Procesos afectivos: Las creencias de las personas en sus capacidades de manejo influyen sobre la cantidad de estrés y depresión que experimentan éstas en situaciones amenazadoras o difíciles, así como sobre su nivel de motivación. La autoeficacia percibida para ejercer control sobre los estresores juega un rol nuclear en la activación de la ansiedad. Las personas deben vivir continuamente con un entorno físico que en gran medida crean ellos. Ejercer control sobre los pensamientos rumiantes y molestos es otra forma mediante la cual las creencias de eficacia regulan la activación de la ansiedad y de la depresión.

d) Procesos de selección: Las creencias de la eficacia personal pueden modelar el curso que adoptaran las vidas de las personas influyendo sobre los tipos de actividades y entornos que seleccionan para participar. En este proceso, los destinos son modelados por la selección de entornos conocidos por cultivar ciertas potencialidades y estilos de vida. Las personas evitan las actividades y los entornos que consideran que exceden a sus capacidades de manejo. Pero asumen actividades retadoras y seleccionan entornos para los que se juzgan capaces de manejar. Mediante las alternativas que escogen, las personas cultivan diferentes competencias, intereses y redes sociales que determinan sus cursos vitales. Cualquier factor que influya sobre la selección de conductas puede influir profundamente sobre la dirección del desarrollo personal.

En este marco, los objetivos del presente trabajo son analizar la relación entre la autoeficacia y rendimiento.

## 2. Método

### 2.1. Sujetos

Nuestra investigación se realizó con las 17 jugadoras que componen el equipo femenino A del Vila-real C.F. que milita en la 1ª división nacional.

### 2.2. Procedimiento

En una reunión con los entrenadores acordamos valorar la autoeficacia de las jugadoras para realizar con éxito tareas importantes dentro de un partido de fútbol como son el remate, los centros, la realización de las estrategias colectivas y la recuperación del balón.

A partir de esta primera toma de contacto con el cuerpo técnico del equipo, nos planteamos unos objetivos y elaboramos una escala para valorar su autoeficacia.

### 2.3. Variables e instrumentos

Autoeficacia: la escala presenta un formato de respuesta sencillo que registra la fortaleza de las creencias en una escala de 10 puntos que varía desde 0 (nunca), a través de un grado intermedio de seguridad 5 (algunas veces); hasta una completa seguridad, 10 (siempre). De esta forma les pedimos a cada una de las 17 jugadoras que nos contestaran a los siguientes ítems (ver tabla IV.5.1).

**Tabla IV.5.1.** Cuestionario de autoeficacia relacionado con el fútbol

1. ¿Crees que puedes rematar de cabeza y dirigir el balón donde te propones?									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
NUNCA			ALGUNA VEZ				SIEMPRE		
2. ¿Crees que eres capaz de conseguir un gol cuando lanzas un <i>penalty</i> durante un partido?									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
NUNCA			ALGUNA VEZ				SIEMPRE		
3. ¿Crees que tienes precisión en los lanzamientos de falta con barrera?									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
NUNCA			ALGUNA VEZ				SIEMPRE		
4. ¿Crees que eres capaz de regatear a tu rival en situaciones de uno contra uno?									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
NUNCA			ALGUNA VEZ				SIEMPRE		
5. Al realizar un centro, ¿crees que eres capaz de colocar el balón en el lugar deseado?									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
NUNCA			ALGUNA VEZ				SIEMPRE		
6. En las jugadas de estrategia como el fuera de juego, colocación de saques de esquina, faltas ensayadas, ¿crees que sabes tu papel y crees que lo haces adecuadamente?									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
NUNCA			ALGUNA VEZ				SIEMPRE		
7. En defensa y ante tu rival de zona, ¿crees que eres capaz de recuperar el balón en todo momento?									
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
NUNCA			ALGUNA VEZ				SIEMPRE		

### 3. Resultados

Una vez realizadas, pasamos a valorar los resultados. Para ello, calculamos la media aritmética de las puntuaciones que las jugadoras dieron a cada uno de los ítems, de la que se obtuvo estos valores (ver tabla IV.5.2).

**Tabla IV.5.2.** Media aritmética de los ítems

1	2	3	4	5	6	7
6.58	6	6.82	<b>5.88</b>	6.47	6.88	6.82

Una vez valorados los resultados apreciamos que las jugadoras presentaban una autoeficacia percibida muy baja en el regate de uno contra uno (ítem 4). Así pues y visto el informe por el cuerpo técnico, les planteamos realizar un trabajo específico sobre esta destreza para transcurridos dos meses pasar de nuevo la escala y apreciar el incremento o no en la eficacia percibida en este aspecto.

Según nos informaron los entrenadores, este plan específico consistió en dedicar en cada día de entrenamiento (martes, miércoles y viernes) 15 minutos a ejercicios de remate de una contra una.

Tras el periodo señalado, los resultados obtenidos al pasar de nuevo las escala fueron (ver tabla IV.5.3).

**Tabla IV.5.3.** Media aritmética de los ítems después de la intervención

1	2	3	4	5	6	7
6.82	6.47	6.82	<b>7.05</b>	6.94	6.47	6.82

Como podemos apreciar el valor numérico aumentó en más de un punto, demostrando que su nivel de autoeficacia percibida en relación con esa destreza había aumentado. Además en colaboración con el cuerpo técnico se realizó una hoja de registro donde se observó que en los encuentros celebrados con posterioridad las jugadoras mostraban una mejor predisposición y destreza para afrontar el remate de una contra una, tras haber aumentado su rendimiento.



#### 4. Conclusiones

Aunque la muestra sobre la cual se ha llevado a término no es suficientemente elevada para ofrecer resultados concluyentes, nuestra experiencia nos ha demostrado que la influencia de la autoeficacia sobre el rendimiento presenta una proporción directa y significativa.

El trabajo específico sobre una destreza determinada tiene consecuencias directas sobre la autoeficacia percibida del individuo para realizar esa destreza y como hemos observado ésta ejerce una influencia favorable en el rendimiento.

## **IV.6. EL PAPEL DE LA AUTOEFICACIA EN LA TOMA DE DECISIONES COMPLEJAS. PRINCIPALES RESULTADOS DE LA SIMULACIÓN DESARROLLADA POR WOOD Y BAILEY (1985)**

CARMEN TABERNERO  
Universidad de Córdoba

### 1. Introducción

En las tareas nuevas y complejas, los errores y la lentitud son una parte inevitable del proceso de aprendizaje puesto que se prueban diferentes opciones para tratar de analizar y descubrir las mejores estrategias. Por ello, ejecutar una tarea nueva y compleja sin cometer ningún error sería algo muy poco habitual. Las diferentes reacciones ante el *feedback* ejercen una fuerte influencia sobre las valoraciones de la eficacia percibida, las reacciones afectivas y los niveles de cambio en las metas seleccionadas para futuras decisiones. En tareas simples, donde el resultado está directamente relacionado con el nivel de esfuerzo empleado, las estrategias analíticas y los procesos cognitivos asociados apenas tienen impacto sobre el desempeño (Wood y Locke, 1990; Wood, Mento y Locke, 1987). Más concretamente, dado que el nivel de esfuerzo es determinante para explicar el desempeño en tareas sencillas, el nivel de metas seleccionado es el mejor predictor de los resultados pasando a un segundo lugar la intensidad de los juicios de autoeficacia. Por esta razón, para poner a prueba las hipótesis de cualquier investigación en el contexto de la toma de decisiones es aconsejable utilizar una tarea compleja y nueva para los participantes, tareas semejantes a los entornos dinámicos y complejos de la vida laboral. Estas características son precisamente las que posee la tarea diseñada en el programa de simulación gerencial en toma de decisiones complejas, creado por Wood y Bailey en 1985. Este programa se ha utilizado satisfactoriamente en el análisis de los efectos motivadores de la conducta. En este capítulo vamos a señalar las principales aportaciones realizadas para explicar algunos factores que inciden en la toma de decisiones complejas, tales como: a) la percepción de control en la toma de decisiones (Bandura y Wood, 1989), b) la comparación social (Bandura y Jourden, 1991; Jourden, Bandura y Banfield, 1991; Tabernero, 1998) y c) la importancia de las teorías implícitas sobre la capacidad (Tabernero, 1998; Tabernero y Wood, 1999; Wood y Bandura, 1989).

### 2. La autoeficacia como proceso de autorregulación en la toma de decisiones

Desde la teoría social cognitiva (Bandura, 1986, 1997), la percepción de autoeficacia opera como el factor central entre los mecanismos autorregula-

dores gobernantes de la motivación y la acción. Por ejemplo, en el contexto de la elección de carrera y la búsqueda de empleo, la investigación ha demostrado que los juicios personales de eficacia percibida influyen en el cambio de actividades y ambientes sociales (Eden y Aviram, 1993). La intensidad de los juicios de autoeficacia determina directamente el nivel de motivación mediante la movilización y el mantenimiento del esfuerzo e, indirectamente, incide sobre la búsqueda de metas (Bandura y Cervone, 1983, 1986), la dificultad de las tareas elegidas (Taberero, 1998), el liderazgo organizacional (Demtschenko, 2000), las metas elegidas y el compromiso con ellas (Locke, Frederick, Lee y Bobko, 1984). Es más, algunas investigaciones han demostrado que los cambios que se generan sobre las metas aumentan la motivación y los logros en el desempeño (Latham y Lee, 1986). Por otra parte, los juicios de autoeficacia también influyen sobre los procesos de atención y análisis de la información. Así, aquellos que tienen una percepción de autoeficacia elevada centran su atención en analizar y resolver los problemas, mientras que aquellos que dudan de su propia eficacia tienden a desviar su atención, se muestran indiferentes ante los resultados de la tarea cuando perciben dificultades para resolverla, se justifican de sus deficiencias personales, hacen atribuciones internas de sus malos resultados y construyen escenarios mentales en los que anticipan el fracaso. Por este motivo, Eden y Aviram (1993) afirman que la autoeficacia tiene la fuerza para convertirse en una profecía autocumplida puesto que estos pensamientos activan una reacción estresante y dificultan la utilización eficaz de las capacidades cognitivas al desviar la atención que demanda la tarea a sus deficiencias personales y las posibles calamidades. En este mismo sentido, Lindsley y sus colaboradores (Lindsley, Brass y Thomas, 1995) afirman que los juicios de autoeficacia desencadenan espirales en las que la dirección ascendente o descendente se manifiesta en función de la intensidad de la autoeficacia, alta o baja, respectivamente.

Siguiendo con la toma de decisiones compleja y dinámica, la investigación requiere analizar cómo las personas descubren reglas diferentes, cómo las combinan para obtener mejores resultados y qué factores determinan la calidad de los juicios. Las estrategias analíticas que se utilizan para la motivación de los trabajadores en las organizaciones son complejas y no lineales, por lo que son especialmente difíciles de aprender. El programa de simulación desarrollado por Wood y Bailey (1985) facilita un contexto virtual en el que aprender estrategias para motivar a los trabajadores de una organización. Para descubrir las estrategias adecuadas, los directivos de esta organización simulada deben construir hipótesis sobre la clase de reglas que según su experiencia influyen positivamente en la motivación laboral, deben probar diferentes hipótesis, analizar el *feedback* y recordar las estrategias probadas asociadas a buenos y malos resultados. Se requiere una fuerte percepción de autoeficacia para encontrar la

orientación de la tarea durante la exploración de reglas de aprendizaje en el curso de las continuas demandas directivas. Por ello, la fuerza de la percepción de autoeficacia es más efectiva cuando se utilizan pensamientos analíticos en las reglas de aprendizaje (Wood y Bandura, 1989). La conducta está, por lo tanto, ampliamente gobernada por las percepciones de la eficacia personal y el ambiente social, estos tres elementos son los ejes sobre los que se construye el determinismo recíproco presentado por Bandura (1986, 1997). Así, aquellos individuos que se ven a sí mismos como ineficaces es muy probable que ejecuten pocos cambios en el ambiente por lo que éste les proporcionará pocas oportunidades. Contrariamente, aquéllos que tienen una creencia firme en su eficacia, a través del ingenio y la perseverancia, ejercen intervenciones para controlar el contexto aunque éste presente pocas oportunidades.

### 3. El programa de simulación en toma de decisiones gerenciales (Wood y Bailey, 1985)

Aquellos estudios que han utilizado el programa de simulación en toma de decisiones desarrollado por Wood y Bailey (1985) han presentado la tarea a los participantes como una práctica en toma de decisiones gerenciales a través de la cual podrían aprender a dirigir una organización. Al comenzar a trabajar con el programa se daba información que describía el programa de simulación como una organización «una fábrica de muebles» en la cual los gerentes reciben semanalmente pedidos para la producción de muebles, para lo cual disponen de una serie de empleados. La fabricación de muebles en cada uno de los pedidos semanales precisa cinco subfunciones diferentes, tales como cortar la madera, ensamblar las partes, barnizar y poner cristales en las partes ensambladas, tapizar los muebles, o preparar los productos para su envío. Los participantes asumen los pedidos de producción durante 18 semanas consecutivas, cada pedido representa una prueba dentro de la simulación. Las instrucciones son las siguientes:

A continuación recibirá los pedidos de los clientes para realizar la semana siguiente y entregar el viernes a mediodía. Así, aparecerán en la pantalla del ordenador los pedidos (los trabajos a realizar) y una lista del personal disponible durante la próxima semana. Como gerente, su responsabilidad principal es asegurar que los pedidos sean ejecutados lo más eficazmente posible. Para ello, necesita emparejar las habilidades de cada empleado con las exigencias particulares de cada trabajo. Deberá proponer, también, a cada trabajador una meta de productividad, ofrecerle a cada trabajador el *feedback* de su producción y, si lo desea, un reconocimiento social. La producción de su departamento será calculada basándose en las decisiones que usted haya tomado en comparación con los resultados de decisiones semejantes observadas en seis fábricas de muebles, tomadas en cuenta para desarrollar esta investigación. El tiempo de producción empleado por su grupo se le comunicará al

final de cada ciclo de producción como número total de horas empleadas por su grupo para completar el pedido.

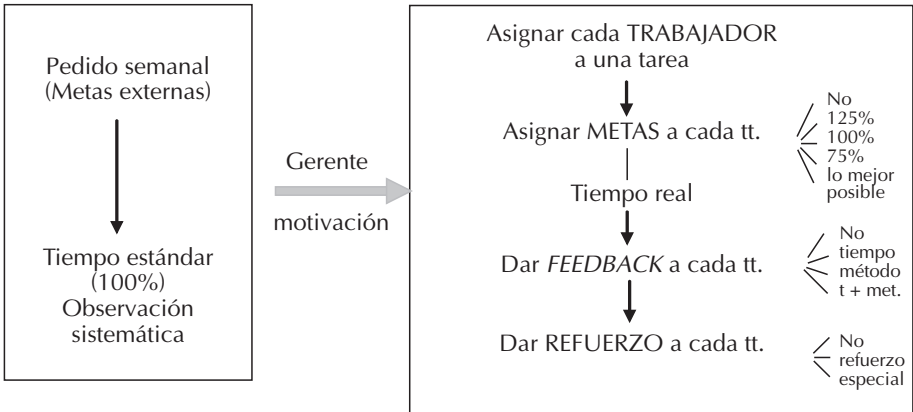
Las decisiones gerenciales de los participantes consisten en asignar los cinco trabajadores disponibles a cada una de las cinco subfunciones en las que consiste el pedido para completarlo en un periodo óptimo. Asignando correctamente los trabajadores a las tareas, los gerentes obtienen altos niveles de desempeño organizacional. Para asignar correctamente cada trabajador a la función para la que está mejor preparado, los gerentes disponen de información muy concreta de las características de cada empleado.

Juan: Es uno de los empleados más antiguos de la casa. Ha sido maestro de obras la mayor parte de su vida, por lo tanto, posee un amplio dominio de habilidades en todos los trabajos que requieren trabajar la madera. Tiene una sana desconfianza de las máquinas nuevas, si bien, maneja el torno competentemente. Se siente muy realizado haciendo trabajos manuales, no técnicos, y es un perfeccionista con una mirada muy aguda para los detalles.

Las subfunciones de producción y los atributos de los empleados fueron seleccionados en base a la observación sistemática que se llevó a cabo en un proceso de producción en seis fábricas de muebles diferentes (Wood y Bailey, 1985). El perfil de los empleados descritos era proporcionado al comienzo de la simulación, además los participantes podrían acudir a él en cualquier momento de la toma de decisiones.

Además de asignar a cada empleado a un puesto de trabajo, los gerentes deben tomar otras decisiones referentes a los factores motivacionales más óptimos para obtener un mejor desempeño del grupo. Deben decidir sobre la utilización de metas, instruir *feedback* y refuerzos sociales para aumentar la satisfacción personal de los empleados. Para cada uno de estos factores motivacionales los participantes disponen de unas opciones que tratan de recoger algunas de las actuaciones que los gerentes realizan en las organizaciones. El programa de simulación utiliza un modelo matemático para calcular las horas empleadas en completar cada pedido de producción sobre la base de las decisiones tomadas, la asignación de los empleados y la utilización de los tres factores motivacionales. El desempeño del grupo para cada pedido fue presentado a los participantes como un porcentaje del estándar prefijado para completar el pedido. El estándar del desempeño, basado en información de un pre-test de desempeño, fue seleccionado a un nivel que resultaba difícil de cumplir (75% del tiempo normal). La lógica de los cálculos matemáticos del modelo de simulación se recoge en el trabajo publicado por R. E. Wood y T. Bailey en 1985. La figura IV.6.1 pretende recoger gráficamente el proceso de toma de decisiones en la simulación.

«La fábrica de muebles»



**Figura IV.6.1.** Esquema del proceso de toma de decisiones seguido en el programa de simulación gerencial

Una vez dentro del rol gerencial, los participantes deben asignar cada empleado a una tarea, posteriormente pueden reasignarlos si creen que pueden ejercer un mejor desempeño en otra función. Una vez asignados los empleados a las tareas para ejecutar un pedido, los participantes pueden determinar para cada empleado una meta de producción o la misma meta a todos ellos. Disponen de cuatro opciones, desde «hazlo lo mejor que puedas», a tres metas específicas para producir por encima (125%), igual (100%) o por debajo del tiempo estándar establecido (75%). Una quinta opción es no asignar ninguna meta específica, si creen que las metas pueden tener un efecto negativo para un trabajador. Las metas asignadas a los empleados, establecidas al principio de cada pedido, influyen el desempeño de los empleados de acuerdo con los cálculos del modelo de simulación que son explicados en base a la teoría de metas (Locke *et al.*, 1981). Las metas que presentan un nivel de exigencia moderado van acompañadas de buenas ejecuciones, más que cuando no hay metas explícitas o cuando se le dice al sujeto que lo haga lo mejor posible. Sin embargo, imponer repetidamente metas que exceden de sus capacidades, explicado a través de los malos resultados, tiene un efecto negativo después de dos pedidos consecutivos. Continuar imponiendo metas inalcanzables tiene efectos negativos sobre la motivación. Para aumentar el desempeño de su unidad de trabajo, se deben aprender las reglas de decisión para lograr un nivel óptimo en cada empleado.

Posteriormente, los participantes deben instruir *feedback* y refuerzos sociales a sus empleados en función de los resultados de su ejecución. El *feedback* y los

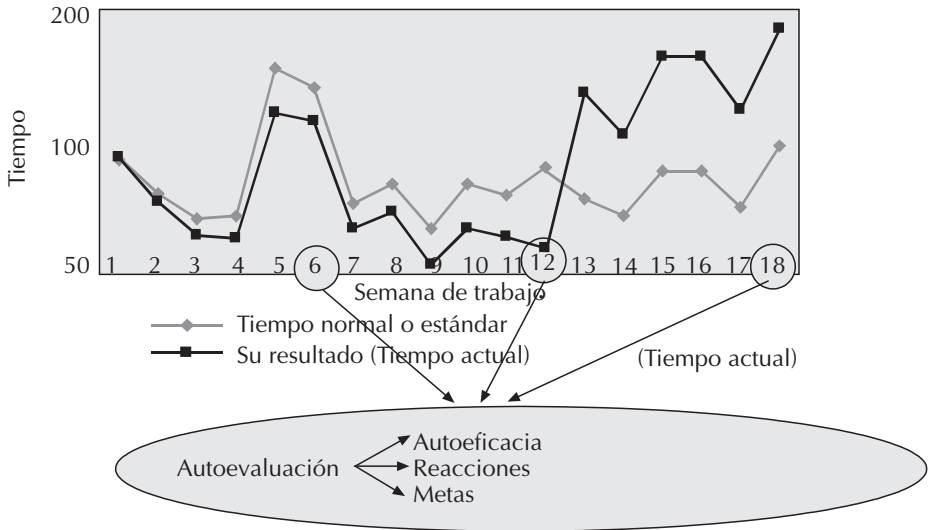
refuerzos influyen sobre el desempeño de los próximos pedidos. Para decidir el *feedback* que desean dar a sus empleados los participantes pueden optar entre no proporcionarles ningún *feedback* o darles una de estas tres opciones que varían en función de la importancia dada a discutir las formas de trabajo y el análisis de las dificultades. Instruir *feedback* tiene un efecto positivo para aquellos trabajadores que tuvieron una ejecución por debajo del estándar. Sin embargo, cuando un empleado ejecuta su trabajo por encima del estándar marcado, utilizar continuamente un *feedback* directivo durante tres o más pedidos puede ser contraproducente, es decir, tener efectos negativos sobre el desempeño, al percibir el empleado una supervisión excesiva tras haber sido positivos los resultados de su ejecución.

Para tomar decisiones sobre los refuerzos sociales, se dan tres opciones que van desde felicitar al empleado, reconocer públicamente su trabajo o dar un refuerzo excepcional como reseñarle en el marco de honor. También existe la opción de no emplear ningún tipo de refuerzo social. Los refuerzos sociales tienen unos efectos muy positivos sobre el desempeño. Sin embargo, también se debe tener en cuenta que los refuerzos sociales ejercen su influencia a través de los procesos de comparación social. La magnitud de los efectos de los incentivos sobre un empleado depende del nivel de refuerzos logrados por ese empleado en comparación con el nivel de sus compañeros. Por ello, los participantes deben aprender las reglas de decisión combinando factores de incentivo y factores de equidad al utilizar los refuerzos sociales para aumentar el desempeño organizacional.

En definitiva, para obtener un óptimo desempeño de la organización los participantes deben considerar los atributos de sus empleados en función de las características del puesto, y aprender las reglas de decisión que mejor guían la motivación de los trabajadores. Para descubrir esas reglas, primero deben establecer unas hipótesis y probar una serie de opciones, es decir, poner en marcha diferentes procesos cognitivos que se vean asociados a los resultados logrados tras sus tomas de decisiones y continuar aplicando las estrategias analíticas que les lleven a descubrir las reglas del juego.

El programa de simulación en toma de decisiones gerenciales elaborado por R. E. Wood y T. Bailey (1985) ha sido utilizado en numerosas investigaciones como herramienta para estudiar los mecanismos autorreguladores de la conducta (Bandura y Jourden, 1991; Bandura y Wood, 1989; Cervone, Jiwani y Wood, 1995; Cervone y Wood, 1995; Jourden, Bandura y Banfield, 1991; Taberner y Wood, 1999; Wood y Bandura, 1989; Wood, Mento y Locke, 1987; Wood, Bandura y Bailey, 1990). Para analizar los procesos de autorregulación en la toma de decisiones, la mayoría de las investigaciones han incluido autoevaluaciones en diferentes bloques del proceso. En la figura IV.6.2 se recoge un diagrama en el que se puede observar cómo una persona compara su resultado

con el estándar de ejecución y cómo los procesos cognitivos son evaluados en tres momentos diferentes en el transcurso de las semanas de ejecución.



**Figura IV.6.2.** Representación de un proceso de comparación entre los resultados logrados por un participante y el estándar de ejecución durante las 18 semanas de la simulación y los tres bloques de autoevaluación de los mecanismos autorreguladores

Tanto los mecanismos autorreguladores como las decisiones tomadas y los niveles de desempeño logrados se recogen en el contexto de la simulación durante las dieciocho semanas consecutivas. Las escalas de los diferentes mecanismos autorreguladores se presentan en el monitor una vez concluidas las semanas seis, doce y dieciocho. La primera autoevaluación se realiza después de la sexta semana para asegurar que los participantes han adquirido una experiencia previa con la tarea, se evalúa el nivel de eficacia percibida, las reacciones afectivas y las metas seleccionadas para los próximos pedidos. Las autoevaluaciones recogidas a medida que se avanza en el proceso de toma de decisiones permiten elaborar una serie de predicciones relacionadas con el nivel y la fluctuación de los mecanismos autorreguladores generados tras una breve experiencia en la toma de decisiones y su influencia las sucesivas autoevaluaciones y en el rendimiento final logrado. Por esta razón, las investigaciones que han trabajado con el programa de simulación han utilizado un *path analysis* o análisis de vías para predecir el rendimiento final alcanzado en base a los juicios de autoeficacia, el nivel de metas planteado, los estados emocionales y las estrategias analíticas para la toma de decisiones.



Como Bandura recomienda (1986), el nivel de *autoeficacia percibida* es evaluado a través del microanálisis en una escala de nueve niveles de producción pidiendo a los participantes que estimen su percepción de capacidad y confianza en lograr un nivel de ejecución, desde un 30% mejor a un 40% peor que el tiempo normal o estándar de producción del pedido. Los participantes responden a la intensidad de los juicios de autoeficacia según el desempeño que creen poder obtener del grupo de trabajadores que dirigen para lograr los niveles de producción descritos. Los porcentajes van en una escala de diez puntos, desde 1 = *ninguna confianza*, hasta 10 = *total confianza*. El nivel de autoeficacia percibida corresponde a la suma de los retos que el sujeto se siente capaz de cumplir. La intensidad de los juicios de autoeficacia corresponde al promedio de las puntuaciones de confianza en los nueve niveles de desempeño organizacional. Las investigaciones que han trabajado con el programa de simulación utilizando este microanálisis han mostrado coeficientes de fiabilidad interna que superan el valor de 0.90 en las tres fases de autoevaluación. Asociada a esta medida de autoeficacia, el programa evalúa las *atribuciones creadas* por cada participante en base al desempeño logrado. Así, en cada uno de los tres bloques de ejecución, cada participante debe distribuir 10 puntos entre los cuatro factores que pueden haber influido en el nivel de ejecución logrado, la capacidad, el esfuerzo, la suerte y la dificultad de la tarea.

Las *metas seleccionadas* corresponden a los niveles de desempeño organizacional que los participantes se plantean como objetivo en sucesivas semanas. Seleccionan sus metas en una escala de nueve posibles porcentajes de producción, desde un 40% menos a un 30% por encima del estándar de producción establecido (100%). Las *reacciones afectivas* provocadas por la simulación son medidas a través de cuatro ítems en los que se pregunta a los participantes sobre su estado de ánimo, el interés por la simulación y la satisfacción percibida si logran niveles de ejecución semejantes en sucesivas semanas. Estos ítems se miden sobre una escala de nueve puntos en la cual 1 = *muy bajo*, 5 = *indiferente* y 9 = *muy alto*. Estos ítems son finalmente reducidos a un único factor que determina el estado de ánimo presentado ante la producción. La fiabilidad de este factor se ha mostrado consistente en las tres fases de la autoevaluación.

Las *estrategias analíticas* utilizadas se han evaluado analizando la calidad de los cambios para tomar decisiones que cada participante ha realizado entre cada semana de producción. Por último, el programa mide el *desempeño organizacional* a través del número total de horas empleadas por el grupo de trabajadores en cada pedido semanal. El modelo de simulación calcula automáticamente el número de horas empleadas en la producción de cada pedido en función de la asignación de los trabajadores a las tareas y la distribución de los factores motivacionales (Wood y Bailey, 1985). Cuanto menor es el número de

horas, mejores son las decisiones gerenciales tomadas. Los niveles de desempeño organizacional alcanzados por los participantes se presentan en función del porcentaje del tiempo estándar, así una alta puntuación indica un mejor desempeño, al haber calculado una relación inversamente proporcional al resultado inicial. Las puntuaciones del desempeño organizacional son promediadas de los tres bloques de seis pedidos cada una.

A continuación se presentan las principales aportaciones realizadas utilizando la simulación para explicar algunos factores que inciden sobre los mecanismos autorreguladores, las estrategias analíticas y el desempeño en la toma de decisiones complejas, aportaciones como: a) la percepción de control en la toma de decisiones, b) la comparación social y c) la importancia de las teorías implícitas sobre la capacidad.

a) Autoeficacia y percepción de control (Bandura y Wood, 1989)

Los ambientes sociales varían en su potencial capacidad para ejercer un control sobre ellos. Algunos permiten ejercer un control directo para obtener los resultados deseados a través del desarrollo y el ejercicio de la agencia personal y colectiva. Sin embargo, otros contextos son percibidos como incontrolables. Los efectos de la percepción de control han sido estudiados experimentalmente y más extensamente en relación con el afrontamiento de situaciones estresantes, muchas de ellas asociadas al ámbito de la salud. En estos contextos se ha demostrado que las personas que actúan creyendo que la ocurrencia de situaciones aversivas es controlable presentan bajos niveles de *arousal* y mejores estrategias de afrontamiento que aquellos que perciben la situación aversiva como incontrolable, aunque estén experimentando los mismos estímulos dolorosos. Por esta razón, afirmamos que las creencias sobre la percepción de control están asociadas generalmente con esfuerzos más activos para ejercer control personal. Las personas que están convencidas de que hay poco que hacer para cambiar las cosas tienen menos incentivos para esforzarse a cambiarlas.

En la adaptación a la vida diaria, las creencias respecto a la autoeficacia y al control del ambiente no están muy separadas de la realidad experimental. Más bien, éstas son producto de una causación recíproca (Bandura, 1986). De este modo, cuando las personas creen que el ambiente es controlable están motivados para ejercer con toda intensidad su eficacia personal, lo cual aumenta la probabilidad de obtener un resultado satisfactorio. Así mismo, experimentar éxito aporta una validación de la eficacia personal y del control del ambiente. Si las personas perciben las situaciones como incontrolables, es muy probable que ejerzan su eficacia débil y malogradamente, lo cual provoca experiencias de fracaso. Con el paso del tiempo, los fracasos contribuyen a incrementar los juicios de ineficacia y la percepción de imposibilidad de control del ambiente. Nuevamente nos encontramos con la influencia de las espirales generadas a

través de los juicios de autoeficacia (Lindsley *et al.*, 1995). La investigación desarrollada por Bandura y Wood (1989) ha demostrado en qué medida la percepción de control y el estándar de desempeño influyen sobre los niveles de ejecución del desempeño organizacional a través de sus efectos sobre los mecanismos autorreguladores descritos anteriormente. La investigación demuestra que la percepción de autoeficacia gerencial puede incrementarse a medida que se experimenta mayor la percepción de control, pero puede verse mermada cuando el entorno organizacional es visto como incontrolable o con posibilidades de control muy limitadas. Por lo tanto, se afirma que la percepción de control puede reducir la vulnerabilidad de los juicios de autoeficacia en aquellas ocasiones en las que se suceden fracasos ocasionados bajo situaciones en las que se presentan niveles estándar elevados. En el modelo causal presentado, la percepción de autoeficacia potencia el desempeño organizacional tanto directa como indirectamente a través del nivel de metas personales seleccionadas y de las estrategias analíticas utilizadas. La intensidad de los juicios de autoeficacia y el mayor cambio en las metas organizacionales parece estar determinando la utilización sistemática de las estrategias analíticas para descubrir las reglas de juego.

b) Comparación social y autoeficacia (Jourden y Bandura, 1991; Taberner, 1998)

La teoría de la comparación social fue propuesta por Festinger en la década de los cincuenta. La función principal del proceso de comparación social está en la autovaloración percibida con respecto al estándar social seleccionado. Por lo tanto, el estándar de comparación seleccionado ofrece información sobre la evaluación del nivel de resultados logrados, la valoración positiva o negativa de esos resultados y el desarrollo personal alcanzado. Así, la información resultante de la comparación actúa como fuente de motivación para el individuo.

En la investigación desarrollada por Jourden y Bandura (1991) se demuestra la importancia del proceso valorativo en la comparación con el estándar. Utilizando el programa de simulación, crean cuatro grupos experimentales que comparan sus resultados con diferente nivel estándar de ejecución: a) algunos se comparan con un nivel muy inferior a su ejecución y, por lo tanto, esto les hace sentirse desde un primer momento muy positivamente valorados. Si bien este grupo genera unos procesos autorreguladores muy elevados en un primer momento, estos procesos descienden hasta alcanzar un nivel normal tras pocas semanas de ejecución; b) otros se comparan con un nivel muy superior a su ejecución y, por lo tanto, esto les hace sentirse desde un primer momento muy negativamente valorados. Este grupo genera unos procesos autorreguladores muy bajos desde un primer momento, nivel que no mejora tras sucesivas semanas de ejecución; c) otros se comparan con un nivel constante y muy normal, algo que les hace generar unos procesos autorreguladores moderados e incluso

experimentan un ligero descenso en su motivación a medida que transcurre la simulación; y d) el último grupo se compara con un nivel fluctuante de dificultad, algunas veces por encima del estándar y otras veces por debajo. Este proceso de comparación les facilita generar juicios moderados que si bien en un primer momento pueden estar por debajo del estándar, a medida que van superándolo van incrementando su motivación evaluada a través de los mecanismos autorreguladores. Por lo tanto, compararse con modelos superiores pero accesibles facilita que se genere una elevada percepción de autoeficacia en los participantes a medida que transcurre el aprendizaje.

El trabajo desarrollado por Taberero (1998) se basa en la tesis desarrollada por Heckhausen (1997) sobre los efectos de la comparación social positiva, según esta tesis elegimos modelos de comparación para sentirnos positivamente evaluados y seguir manteniendo juicios de capacidad. El estudio de Taberero (1998) se ciñe a la importancia de la semejanza con el modelo como uno de los factores que incrementa la relevancia de la información aportada por la observación de la ejecución en la percepción de la propia capacidad. De esta manera, las personas juzgadas como más semejantes proveen de la mayor información comparativa para medir la propia capacidad y seguir manteniendo juicios positivos de capacidad. En general, la información aportada por la observación del modelo puede aumentar el juicio de capacidad cuando éste actúa satisfactoriamente, o puede mermar el juicio de capacidad cuando éste fracasa sin explicar las causas de lo acontecido. La valoración de la autoeficacia a menudo se basa no sólo en la comparación con los resultados obtenidos, sino en la semejanza con el modelo explicada en función de características personales que se asemejan y en función de las cuales el individuo predice una determinada capacidad de ejecución. Por esta razón en el trabajo desarrollado por Taberero (1998) se evalúa la importancia de la semejanza de edad del modelo de comparación sobre los procesos autorreguladores y los resultados de la toma de decisiones complejas. Por ello, cuando presentamos un modelo con el que los participantes puedan identificarse se facilitará que desarrollen juicios de autoeficacia elevados.

Por lo tanto, entre los diferentes modos de influir en los juicios de autoeficacia, los resultados de la ejecución con los que las personas se comparan pueden ser especialmente determinantes. Niveles estándares diferentes de comparación en la ejecución pueden tener interpretaciones diferentes según sea la construcción social creada en el proceso de comparación.

c) Autoeficacia y teorías implícitas de capacidad  
(Taberero y Wood, 1999; Wood y Bandura, 1989)

Las creencias que los individuos tienen sobre la capacidad ejercen una gran influencia sobre los mecanismos autorreguladores que gobiernan la motivación y el compromiso personal al enfrentarse a las tareas (Bandura, 1997; Dweck, 1996;

M. Bandura y Dweck, 1988). Para unas personas la capacidad es una cualidad innata, mientras que para otros se trata más bien de una cualidad adquirible.

Aquéllos que creen que la capacidad es una *cualidad innata* (predeterminada, fija, estable) es más probable que adopten en su ejecución una *orientación hacia los resultados*. Al adoptar esta orientación, seleccionarán metas personales para comprobar cuán capacitados están para dicha tarea, y por tanto, verse a sí mismos como personas competentes. Al buscar una evaluación de su capacidad, las metas serán seleccionadas al límite o por debajo de la capacidad personal percibida, de esta manera queda asegurado el éxito en la evaluación de la propia competencia. La orientación hacia los resultados conlleva evitar cambios que pudieran provocar fracasos y llevar a evaluarse como incompetentes. Así, el *feedback* que proporciona todo resultado, para aquellas situaciones en las que indique un fracaso en la obtención de un estándar, es considerado un indicador de la falta de capacidad individual y puede provocar reacciones autoevaluativas negativas para aquéllos con una concepción de la capacidad fija y con una orientación hacia los resultados. Por el contrario, los individuos que perciben la capacidad como una *cualidad adquirible* adoptan una *orientación hacia el aprendizaje* en la que a través de sus metas puedan incrementar la competencia. Estas personas estarán más despreocupadas sobre las implicaciones evaluativas del *feedback*, muy particularmente ante los fracasos, aceptando los cambios como retos que les permitirán desarrollar su cualificación, puesto que ésta es percibida como maleable.

Las teorías implícitas de capacidad pueden tener su origen en la construcción social de las creencias sobre la capacidad, construcciones generadas en una situación determinada que influyen en la motivación y consecuentemente en las respuestas conductuales (Dweck, 1986, 1996). La construcción social de las creencias de capacidad y las orientaciones hacia las metas pueden ser transmitidas a un individuo tanto directamente, a través de los comentarios de los supervisores y colegas, las instrucciones de las tareas y valoraciones, como indirectamente, a través de refuerzos y promociones. Los estudios sobre la construcción social de las creencias de capacidad han incluido medidas de las demandas de la situación para orientaciones hacia el aprendizaje o los resultados (Ames y Archer, 1988), y manipulaciones experimentales sobre la concepción de capacidad (Wood y Bandura, 1989). La concepción social de la capacidad transmitida a los participantes de estos estudios ha demostrado también su influencia en los estados motivacionales y los niveles de ejecución. Ames y Archer (1988), por ejemplo, encontraron que las percepciones sobre el aprendizaje y los resultados de las metas propuestas en el contexto escolar «enfaticadas por los profesores» estaban relacionadas con los estilos motivacionales. En estudios experimentales, la construcción social de la concepción de capacidad de un individuo, como fija o adquirible, que se transmite a través de las

instrucciones de la tarea influyó sobre los mecanismos autorreguladores y las respuestas conductuales ofrecidas en tareas de resolución de problemas y toma de decisiones (Wood y Bandura, 1989), así como en tareas de habilidades perceptivo-motoras (Jourden, Bandura y Banfield, 1991). Se demostraba así que la concepción de capacidad que puede ser determinante al ejecutar una tarea, puede tener un origen tanto personal como social.

En situaciones donde las creencias personales previas sobre la concepción de capacidad concuerdan con la construcción social creada sobre dichas creencias, las respuestas individuales dadas ante una tarea novel serán determinadas por sus creencias previas. Sin embargo, una exposición continuada a una determinada construcción social de la capacidad, ya sea entendida como entidad fija o cualidad adquirible, provocará una predisposición hacia la evaluación del desempeño modificando las creencias personales en la dirección marcada por la construcción social. Esto es precisamente lo que encontraron Wood y Bandura (1989) en un trabajo en el que los participantes fueron asignados aleatoriamente a una tarea novel bajo la construcción social de la capacidad ya sea como entidad fija o como cualidad adquirible. Las diferencias en los mecanismos autorreguladores y el desempeño se hicieron más pronunciadas a medida que avanzaban en el desarrollo de la tarea. En concreto, a quienes se les indujo socialmente una concepción de capacidad como algo adquirible experimentan mayor autoeficacia, se planteaban metas más elevadas y obtenían mejores resultados a medida que avanzaban en la tarea. En contraste, al inducir una concepción fija de la capacidad, los participantes mostraban menor autoeficacia, se marcaban metas más bajas y conseguían peores resultados a lo largo del desarrollo de la tarea. Trabajando con el programa de simulación, en el trabajo desarrollado por Wood y Bandura (1989) se demuestra la influencia de la construcción social creada sobre los mecanismos autorreguladores y el desempeño, años más tarde, en el trabajo desarrollado por Tabernero y Wood (1999) se demuestran los efectos de la interacción entre la construcción social y las creencias implícitas de capacidad sobre los mecanismos autorreguladores y el desempeño. Así, para aquéllos que tienen una *concepción fija*, la orientación de sus metas hacia la evaluación del propio desempeño se verá fortalecida cuando el entorno social indique que los otros consideran los resultados de la ejecución como indicadores de la capacidad. La propensión a buscar datos comparativos para evaluar su capacidad les hace particularmente vulnerables a la influencia social, estando fundamentalmente interesados en obtener evaluaciones positivas de su capacidad y evitar todo juicio negativo. Así, se colocan en una posición doblemente peligrosa ante sus propios errores y resultados iniciales. Además de tener que adaptarse a sus propias reacciones negativas, anticiparán evaluaciones negativas semejantes de los demás.

Mientras que aquéllos con una *concepción adquirible* trabajando en situaciones con una clara orientación hacia el aprendizaje será menos probable que experimenten evaluaciones negativas y al tiempo que se sientan libres de las potenciales reacciones negativas de los otros ante sus fracasos o errores. Las reacciones de los demás serán interpretadas en términos de su contribución a la resolución del problema y el desarrollo personal, y no tanto como una evaluación de su capacidad. La orientación hacia la tarea o el aprendizaje va a determinar la forma de interpretar el *feedback*; consecuentemente influirá en las reacciones afectivas adoptadas, y más en particular en poner el foco de su atención en la tarea o en sí mismos.

En los estados motivacionales creados por las diferentes concepciones de capacidad, fija o adquirible, la autoeficacia percibida afecta directamente sobre la ejecución, y afecta indirectamente a través de su impacto sobre las reacciones autoevaluativas y la determinación de las metas. Aquéllos que creen que la capacidad es una entidad fija, construyen sus resultados parciales como indicadores de deficiencias personales, erosionando su percepción de autoeficacia. Mientras que aquéllos que creen que es una cualidad que puede ser adquirida paulatinamente, ven sus mediocres primeros resultados como una parte normal del proceso de aprendizaje y como una oportunidad para desarrollar sus competencias. Como resultado, desarrollan una mayor sensación de autoeficacia percibida. El desempeño ante tareas complejas requiere estrategias analíticas que están fuertemente asociadas a la percepción de autoeficacia. Así, una autoeficacia elevada conlleva que se descarten las estrategias equivocadas con mayor probabilidad, mientras que se persiste en las soluciones aparentemente más apropiadas interpretando los posibles errores como informativos y no como debilitadores. Pero además podemos considerar otra forma en que la concepción de capacidad influye en la conducta. Así, Dweck y sus colegas (Elliot y Dweck, 1988; Dweck y Leggett, 1988) argumentan que el impacto de la concepción de capacidad sobre la conducta se ve moderado individualmente por la capacidad percibida en el momento preciso, es decir, por la autoeficacia.

De acuerdo con esta hipótesis moderadora, aquéllos con una concepción fija de su capacidad buscan cambios cuando tienen una percepción de autoeficacia elevada, y evitan todo cambio cuando su autoeficacia percibida es baja. Por el contrario, aquéllos con una concepción adquirible de su capacidad buscarán cambios cualquiera que sea su nivel de autoeficacia. De acuerdo con esta hipótesis, la autoeficacia o capacidad percibida para una tarea es independiente de la concepción de capacidad para la tarea. Según el argumento presentado anteriormente, la concepción de capacidad, fija o adquirible, influye en la percepción de autoeficacia a través de las diferentes interpretaciones dadas a los *feedback* resultantes de la ejecución. En cambio, la percepción de autoeficacia influye en los niveles de cambios seleccionados para cumplir con sus metas (Bandura, 1986, 1997).



## AUTOEFICACIA Y EDUCACIÓN

---

- 1. Perceived self-efficacy as a resource factor in teachers,**  
RALF SCHWARZER y GERDAMARIE S. SCHMITZ
- 2. Éxito académico y expectativas de éxito: el rol mediador de la autoeficacia académica,**  
EDGAR BRESO, MARISA SALANOVA,  
ISABEL M. MARTÍNEZ, ROSA GRAU  
y SONIA AGUT
- 3. Antecedentes afectivos de la autoeficacia entre profesores: diferencias individuales,**  
MÓNICA GARCÍA-RENEO, SUSANA LLORENS,  
MARISA SALANOVA y EVA CIFRE



## V.1. PERCEIVED SELF-EFFICACY AS A RESOURCE FACTOR IN TEACHERS

RALF SCHWARZER

GERDAMARIE S. SCHMITZ

Freie Universität Berlin, Germany

### 1. The construct of perceived self-efficacy

**S**elf-referent thought has become an issue that pervades psychological research in many domains. It has been found that a strong sense of personal efficacy is related to better health, higher achievement, and better social integration (Bandura, 1997; Schwarzer, 1992). The construct of self-efficacy represents one core aspect of Bandura's social-cognitive theory (Bandura, 1977, 1997, 2000, 2001). In a unifying theory of behavior change, Bandura hypothesizes that expectations of self-efficacy determine whether instrumental actions will be initiated, how much effort will be expended, and how long it will be sustained in the face of obstacles and failures.

The construct of self-efficacy can be better understood by contrasting it to a different construct, namely *outcome expectancies*, that also plays a central role in Bandura's theory. While perceived self-efficacy refers to personal action control or *agency*, outcome expectancies pertain to the perception of possible *consequences* of one's action.

Outcome expectancies can be the most influential beliefs in the motivation to change. A smoker may find more good reasons to quit than to continue smoking ("If I quit smoking, then my partner will like me more"). Although this imbalance may not lead to direct action, it can help generate the intention to quit. Many of those cognitions represent social outcome expectancies by pertaining

to the social consequences of a particular behavior. The pros and cons that are typical in rational decision making represent positive and negative outcome expectancies. However, such contingencies between actions and outcomes need not be explicitly worded and evaluated, they can also be diffuse mental representations loaded with emotions. Outcome expectancies can also be understood as contingency knowledge, or means-ends relationships, indicating that people know proper strategies to produce the desired effects.

Contingency knowledge has to be distinguished from the belief in one's personal efficacy to perform an action. Perceived self-efficacy portrays individuals' beliefs in their capabilities to exercise control over challenging demands and over their own functioning.

According to theory and research, self-efficacy makes a difference in how people feel, think and act (Bandura, 1997). In terms of feeling, a low sense of self-efficacy is associated with depression, anxiety, and helplessness. Persons with low self-efficacy also have low self-esteem, and they harbor pessimistic thoughts about their accomplishments and personal development. In terms of thinking, a strong sense of competence facilitates cognitive processes and performance in a variety of settings, including quality of decision-making and academic achievement.

Self-efficacy has an influence on preparing action because self-related cognitions are a major ingredient in the motivation process. Self-efficacy levels can enhance or impede motivation. People with high self-efficacy choose to perform more challenging tasks (Bandura, 1997). They set themselves higher goals and stick to them. Actions are preshaped in thought, and people anticipate either optimistic or pessimistic scenarios in line with their level of self-efficacy. Once an action has been taken, highly self-efficacious people invest more effort and persist longer than those low in self-efficacy. When setbacks occur, they recover more quickly and maintain commitment to their goals. High self-efficacy also allows people to select challenging settings, explore their environment, or create new ones. Some people harbor self-doubts and cannot motivate themselves. They see little point in even setting a goal if they believe they do not have what it takes to succeed. Thus, the intention to change a habit that affects health, for example, is to some degree dependent on a firm belief in one's capability to exercise control over that habit.

The essential distinction between self-efficacy and similar constructs, such as self-esteem, self-concept, *locus of control*, and so on, lies in the following three aspects: (a) Self-efficacy implies an internal attribution (I am the cause of the action), (b) it is prospective, referring to future behaviors, and (c) it is an operative construct, which means that this cognition is very proximal to the critical behavior—and thus a good predictor of actual behavior.

According to Bandura (1997), there are four major sources for influencing personal competence. First, self-efficacy beliefs can be enhanced through per-

sonal accomplishment or mastery, as far as success is attributed internally and can be repeated. A second source is vicarious experience. When a “model person” who is similar to the individual (in terms of age, status, etc.) successfully masters a difficult situation, social comparison processes can enhance self-efficacy beliefs. Third, there is *symbolic experience* through verbal persuasion by others (e.g., a teacher reassures a student that she will certainly pass the exam due to her academic competence). The last source of influence is *emotional arousal*, that is, the person experiences, for example, anxiety in a threatening situation and thus feels incapable of mastering the situation. These four informational sources vary in strength and importance in the order presented here.

## 2. General self-efficacy

Self-efficacy is commonly understood to be domain-specific. That is, one can have more or less firm self-beliefs in different domains or particular situations of functioning. But some researchers have also conceptualized a general sense of self-efficacy that refers to global confidence in one’s coping ability across a wide range of demanding or novel situations (Schwarzer y Jerusalem, 1992, 1999; Sherer y Maddux, 1982). General self-efficacy (GSE) aims at a broad and stable sense of personal competence to deal effectively with a variety of stressful situations (Schwarzer, 1992; Schwarzer, Mueller, y Greenglass, 1999). The present authors agree with Bandura (1997) that perceived self-efficacy should be conceptualized in a situation-specific manner. However, the degree of specificity or generality varies with the context. If the research question deals with solving an algebra problem or running a marathon, the wording of self-efficacy items will be narrow and specific, in contrast to a general wording when for example the professional self-efficacy of teachers or nurses is at stake (Schwarzer y Jerusalem, 1999; Schwarzer, Schmitz, y Tang, 2000).

The highest level of generality is reached when broad optimistic self-beliefs are examined, for example, when individuals under stress have to adapt to novel life circumstances over an extended period of time. Examples are macrosocial changes, migration, or recovery from disease. In a study among East German refugees, people with high GSE were healthier, socially better integrated, and more frequently employed two years after the stressful transition than their low-GSE counterparts (Schwarzer, Hahn, y Jerusalem, 1993). In a study with cardiac surgery patients, Schröder, Schwarzer, and Konertz (1998) found that patients with high GSE scores had recovered better one week after surgery and experienced better quality of life half a year later than their low-GSE counterparts. If self-efficacy is employed as a predictor of broad or diffuse outcomes, such as quality of life, well-being, or overall adaptation and health, it is justified to use a correspondingly broad measure of general self-efficacy. An example for such an inventory is the General Self-Efficacy (GSE) scale. Its German version was

developed by Matthias Jerusalem and Ralf Schwarzer in 1979, originally consisting of 20 items. In 1981, it was reduced to ten items and subsequently adapted to 29 languages (Schwarzer y Jerusalem, 1995). A typical item is, "Thanks to my resourcefulness, I can handle unforeseen situations".

The GSE scale appears to be configurally equivalent across 29 nations, and it corresponds to a single global dimension (all language versions are available at: <http://www.healthpsych.de>). Confirmatory factor analyses support the assumption of unidimensionality (Scholz, Gutiérrez-Doña, Sud, y Schwarzer, 2002; Schwarzer, Mueller, y Greenglass, 1999).

### 3. Teacher self-efficacy

One domain where specific self-efficacy has been applied is teaching in schools. Why do some teachers succeed in continuously enhancing students' achievements, in setting high goals for themselves, and pursuing these goals persistently, while other teachers cannot meet expectations imposed on them and tend to collapse under the burden of daily stress? There are many reasons, one of which pertains to a teacher's perceived self-efficacy as a job-specific personality trait.

#### *A psychometric instrument to measure teacher self-efficacy*

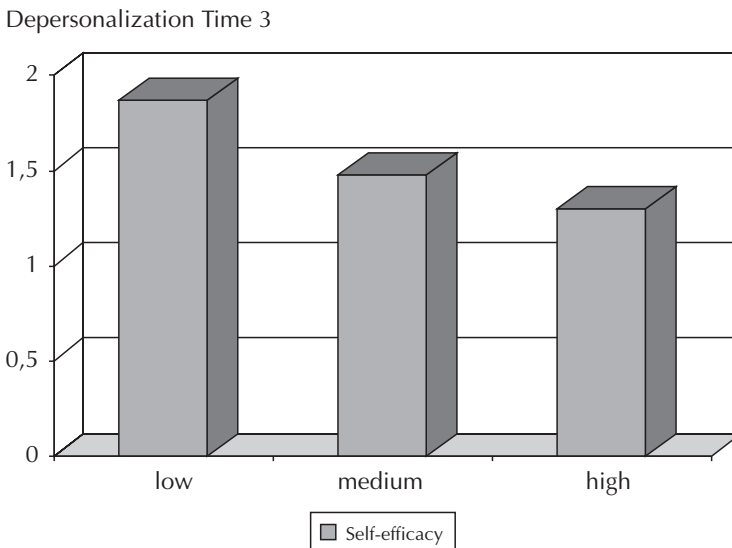
To stimulate further research, in 1995 the present authors developed a scale to measure teacher self-efficacy, which they tested in Germany in a longitudinal field study (see <http://www.ralfschwarzer.de/>). See the Appendix for the English version (Schwarzer, Schmitz, y Daytner, 1999). The first step in developing a new instrument to measure teacher self-efficacy was to identify different job skills within the teaching profession. Four major areas were: (a) job accomplishment, (b) skill development on the job, (c) social interaction with students, parents, and colleagues, and (d) coping with job stress. For each of these four domains, teachers may hold different self-efficacy expectations. These major areas appear to be of vital importance for successful teaching. The second step involved the development of 27 items to assess these four major areas. All items were constructed by following Bandura's social cognitive theory (Bandura, 1997; Schwarzer, 1992), which argues for a certain semantic structure for self-efficacy items. First, the respondent should be "I" because the aim is to assess an individual's subjective beliefs. An item should contain verbs like "can" or "be able to", making clear that it is asking for succeeding due to personal competence. Furthermore, items have to contain a barrier since there is no use in asking for self-efficacy expectancies for actions that are not difficult to perform or that might just be routine. Explicitly mentioning a barrier implies a certain grade of difficulty. Most people with a driver's license, for example, will not find it difficult to drive a car and will thus have a rather high self-efficacy belief

in this area; but driving alone by night through a blizzard on icy country roads should be a different matter. Instead of a barrier, a resource that helps to perform a demanding task can also be used to imply the grade of difficulty.

The pool of 27 items was part of a lengthy questionnaire that was administered three times to approximately 300 German teachers within the nationwide field study “Self-Efficacious Schools”. The aim was to extract a parsimonious instrument of about ten items to economically assess efficacy beliefs within the four areas mentioned above. The primary focus during the reduction of the items was on optimizing the validity of the instrument rather than maximizing the internal consistency. Thus, Cronbach’s alpha in the three samples was found to be between .76 and .82, test-retest reliability resulted in .67 ( $n = 158$ ) and .76 ( $n = 193$ ), respectively, for the period of one year. For two years it was found to be .65 ( $n = 161$ ). As expected, the more specific instrument of teacher self-efficacy yielded higher associations with several other personal attitudes than the GSE scale. This can be regarded as a first indication for discriminant validity of the new instrument. Moreover, the time teachers spent voluntarily with their students was strongly associated with their teacher self-efficacy.

#### *Relationships of teacher self-efficacy to burnout*

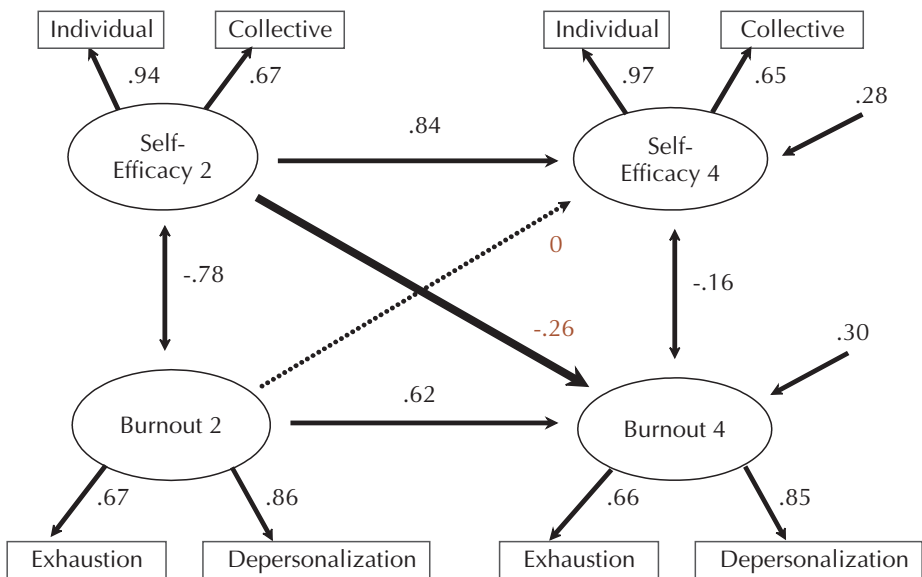
Indicators of validity could be obtained by means of correlations with other teacher characteristics at two points in time. High negative relations with job strain and with job burnout were found. Figure V.1.1 illustrates the relationship



**Figura V.1.1.** Relationship between teacher self-efficacy and one of the burnout dimensions, depersonalization, two years later

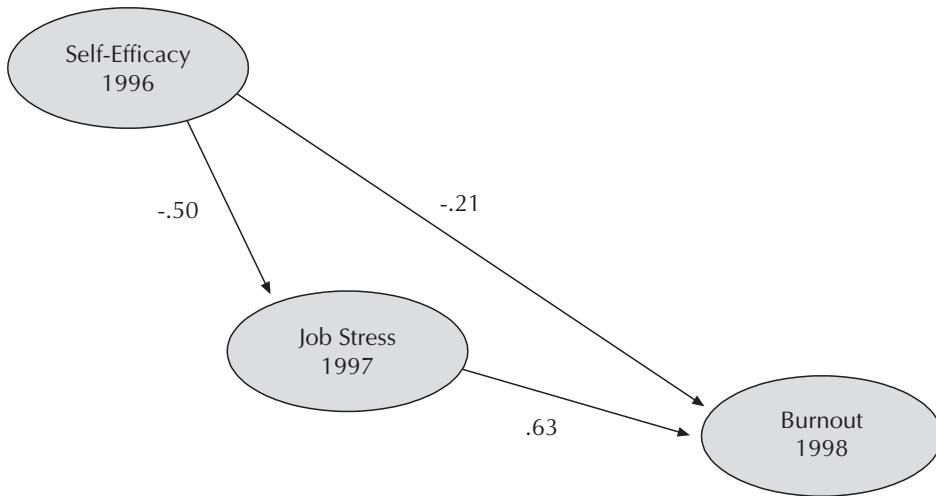
between teacher self-efficacy and one of the burnout dimensions, depersonalization, two years later.

The development of job burnout could be well predicted by self-efficacy over a long time period. Moreover, a protective effect by self-efficacy emerged. This causal predominance became evident in several cross-lagged analyses. Thus, an asymmetric, reciprocal determination of burnout and self-efficacy over time appears to be the most plausible explanation. Figure V.1.2 displays the cross-lagged panel design where the effect of self-efficacy on burnout appears to be predominant over the opposite effect of burnout on self-efficacy.



**Figura V.1.2.** Cross-lagged panel design on the effect of self-efficacy on burnout

In a final analysis, the interplay of teacher self-efficacy, job stress, and burnout was examined longitudinally over two years. It turned out that initial self-efficacy was negatively associated with burnout two years later. More important, job stress served as a mediator between these two variables. Self-efficacious teachers experienced less job stress in the following year. Those who did experience job stress, however, were more likely to burn out later on. Figure V.1.3 shows this relationship.



**Figura V.1.3.** Relationship between teacher self-efficacy, job stress, and burnout

#### 4. Future directions

While work on teacher self-efficacy and burnout will have to continue, we also need research that is capable of integrating these two constructs into a broader theoretical framework of professional self-regulation and leadership. Proactive leadership is a personality characteristic that has implications for motivation and action. It is a belief in the rich potential of changes that can be made to improve oneself and one's environment. This includes various aspects, such as resourcefulness, responsibility, values, and vision.

The proactive teacher believes in the existence of sufficient resources, either external or internal. Goods, services, and people can be influenced to support goal attainment. Intelligence, courage, and strength, for example, reside within and allow goal setting and persistence.

The proactive teacher takes responsibility for his or her own growth. A life course is not fully determined by external forces, but, rather, it can be chosen. Neither good nor bad events are attributed mindlessly to external causes. Instead, the proactive teacher faces reality and adopts a balanced view of self-blame and other-blame in the case of negative events. Two kinds of responsibilities are distinguished: those for past events and those for making things happen. The latter are crucial here. The proactive teacher focuses on solutions for problems, no matter who has caused them.

The proactive teacher is driven by values. The behavior of others might be determined by social environment, whereas proactive persons are mindful of their values and choose their path of action accordingly.

A proactive teacher has a vision and creates meaning in life by striving for ambitious goals. He or she imagines what could be and sets goals in line with this vision. Total Quality Management, for example, is a principle of continuous improvement within companies. The same idea can be transferred to a personal level: a teacher who constantly strives for self-improvement, accumulates resources, prevents resource depletion, and mobilizes forces with a long-term aim in mind, following a self-imposed mission.

We cannot supply empirical research on proactive leadership. However, the above findings on German teachers point in this direction. Among the teachers who participated in the study, evidence was found for the beneficial effects of self-efficacy and proactive coping, which can be understood as a form of leadership when individuals are in charge of other persons.

## Appendix

English Version of the Teacher Self-Efficacy Scale (Schwarzer, Schmitz, y Daytner, 1999) (see <http://www.ralfschwarzer.de>).

[Response format: (1) *not at all true*, (2) *barely true*, (3) *moderately true*, (4) *exactly true*]

1. I am convinced that I am able to successfully teach all relevant subject content to even the most difficult students.
2. I know that I can maintain a positive relationship with parents, even when tensions arise.
3. When I try really hard, I am able to reach even the most difficult students.
4. I am convinced that, as time goes by, I will continue to become more and more capable of helping to address my students' needs.
5. Even if I am disrupted while teaching, I am confident that I can maintain my composure and continue to teach well.
6. I am confident in my ability to be responsive to my students' needs, even if I am having a bad day.
7. If I try hard enough, I know that I can exert a positive influence on both the personal and academic development of my students.
8. I am convinced that I can develop creative ways to cope with system constraints (such as budget cuts and other administrative problems) and continue to teach well.
9. I know that I can motivate my students to participate in innovative projects.
10. I know that I can carry out innovative projects, even when I am opposed by skeptical colleagues.



## **V.2. ÉXITO ACADÉMICO Y EXPECTATIVAS DE ÉXITO: EL ROL MEDIADOR DE LA AUTOEFICACIA ACADÉMICA**

**EDGAR BRESO\***, **MARISA SALANOVA\***,  
**ISABEL M. MARTÍNEZ\***, **ROSA GRAU\***  
Y **SONIA AGUT\*\***

\* Grupo de Investigación WONT. Universitat Jaume I.

\*\* Universidad de Murcia

237

V. AUTOEFICACIA Y EDUCACIÓN

### **1. Introducción**

Las definiciones más aceptadas de autoeficacia ponen de relieve la relación existente entre eficacia percibida y la conducta futura (Bandura, 1986, 1997, 1999, 2001; Garrido, 2000, Schwarzer, 1999). La investigación, por su parte, ha puesto de manifiesto la relación positiva entre autoeficacia y desempeño. Elevados niveles de autoeficacia se relacionan con el éxito, los buenos resultados y la proposición de altas metas y valiosos objetivos. En este sentido Bandura (2001) señala que la distinción entre «expectativas de eficacia personal» y «expectativas de resultado» está en que la expectativa de eficacia es la convicción o probabilidad subjetiva de que uno puede realizar con éxito la conducta requerida; la expectativa de resultado es la estimación de que una conducta dada le conducirá a ciertos resultados. Un resultado es la consecuencia de un acto, no el acto en sí mismo. Los objetivos pueden guiar y motivar la conducta, pero el establecimiento de los mismos está influido por la autoestimación de las capacidades personales. De este modo, a más altas percepciones de autoeficacia serán más altas las metas autoasignadas y mayor el compromiso y la implicación en ellas (Wood y Bandura, 1989). Por otro lado, el carácter específico de la autoeficacia ha sido señalado por Bandura repetidamente, advirtiendo que atiende a dominios específicos. Así, se entiende la autoeficacia académica referida a ejecuciones académicas.

En este contexto, se ha mostrado la relación entre autoeficacia académica y logro o éxito académico, por lo que se generan numerosos estudios en el ámbito educativo, principalmente en el área de la motivación académica (Pintrich y Schunk, 1995). Así, en un meta-análisis, Multon, Brown y Lent (1991) examinaron el efecto de las creencias de eficacia sobre el logro académico de los estudiantes apareciendo esta relación en diferentes muestras de diseños experimentales y medidas criterio. También otros trabajos posteriores muestran cómo la autoeficacia académica predice de forma positiva el éxito académico en diferentes muestras de estudiantes (Andrew, 1998; Bong, 1999; Elis y Loomis, 2002; Lane y Lane, 2001).

En cuanto al contexto académico, se puede señalar que los éxitos o logros personales en los estudios son una importante fuente de autoeficacia académica. Ésta aumentará cuando el estudiante sea consciente de que está logrando lo que se había propuesto, es decir, que obtiene éxito (Elliot y Dweck, 1988). Además, una autoeficacia elevada sostiene la motivación y promueve el aprendizaje del estudiante (Schunk, 1995), con lo que se establecería la relación entre éxito pasado y el establecimiento de objetivos y expectativas de futuro. De hecho, Multon *et al.* (1991) examinaron en un meta-análisis el efecto de las creencias de eficacia sobre el logro académico de los estudiantes, dándose esta relación en diferentes muestras de diseños experimentales y medidas criterio.

En otra línea, la investigación sobre la autoeficacia también se ha dedicado al estudio de la influencia en este constructo de factores personales como el género. En el contexto educativo diferentes trabajos han mostrado diferencias notables entre chicos y chicas en sus creencias de eficacia académica. En un estudio realizado por Bong (1999) aparece que los estudiantes demostraron una autoeficacia más alta en distintas cuestiones académicas que sus compañeras.

Estas diferencias se constatan especialmente cuando hablamos de materias científicas o técnicas. Por ejemplo, los chicos y chicas muestran niveles de autoeficacia similares en relación con las matemáticas durante la enseñanza primaria, pero en la secundaria los chicos comienzan a percibirse más eficaces que las chicas (Wigfield, Eccles y Pintrich, 1996). Por el contrario, en las áreas relacionadas con el lenguaje o el arte, no aparecen diferencias en la autoeficacia en función del género, pese a que el éxito académico de las estudiantes es tradicionalmente mayor (Pajares, 2003). En esta línea, Durndell y Haag (2002) han encontrado que los estudiantes poseen una autoeficacia en el manejo de los ordenadores más elevada que la de sus compañeras, además de una menor ansiedad y unas actitudes más favorables hacia los ordenadores. En el meta-análisis anteriormente comentado, se muestran diferencias en función del género en las investigaciones sobre las matemáticas. Así, los resultados revelaban que los chicos sobrepasaban a las chicas en eficacia percibida para las matemáticas en la escuela primaria, la secundaria y también en los niveles universitarios.

También se han hallado diferencias cuando se trata de preferencias ocupacionales. Los resultados de la investigación de Clement (1987) muestran que las estudiantes poseen una menor autoeficacia que sus compañeros para todas las ocupaciones consideradas tradicionalmente masculinas. Por su parte, los chicos se sienten eficaces en la mayoría de ocupaciones consideradas tradicionalmente femeninas. Sin embargo, en contra de lo esperado, esta mejor autoeficacia de las chicas no les impide considerar la posibilidad de entrar en las ocupaciones consideradas tradicionalmente femeninas. Por nuestra parte, considerando la variable género, hemos podido constatar diferencias en el nivel de

autoeficacia académica en estudiantes universitarios, que a su vez tiene efectos sobre el éxito, las expectativas de resultado y la tendencia a abandonar los estudios (Grau, Agut, Martínez y Salanova, en prensa).

En este contexto, el objetivo del presente trabajo es establecer relaciones causales entre el éxito académico y las expectativas de resultado, estudiando el papel mediador que la eficacia percibida tiene en esta relación. Además, se analizan las diferencias de género en estas variables.

## 2. Método

### 2.1. Muestra

La muestra está compuesta por un total de 497 estudiantes (69.8% mujeres y 30.2% hombres) de la Universitat Jaume I de Castellón (pertenecientes a tres Facultades: el 47.4%, proceden de la Facultad de Ciencias Humanas y Sociales, el 28.1% de la Facultad de Ciencias Jurídicas y Económicas, y el 24.5% de la Escuela Superior de Tecnología y Ciencias Experimentales. En cuanto al curso, el 38.8% de los estudiantes cursaban primero, el 38.2% segundo, el 14.3% tercero y el 8.7% cuarto. La media de edad es de 22.7 años oscilando la misma entre 20 y 41 años.

### 2.2. Variables

A los estudiantes se les administraron cuestionarios de autoinforme en mayo de 2002, previo permiso solicitado vía institucional a la Universidad. Las variables consideradas en este estudio son las siguientes:

**Éxito académico:** fue evaluado mediante dos ítems en los que se preguntaba acerca de los exámenes realizados en la última convocatoria a la que el estudiante se había presentado y los exámenes aprobados en esa misma convocatoria. El éxito académico se calculó mediante el porcentaje de exámenes aprobados sobre los realizados.

**Eficacia académica percibida:** fue medida mediante la escala de eficacia académica percibida del *Maslach Burnout Inventory-Student Survey* (MBI-SS) (Schau-feli, Martínez, Marques-Pinto, Salanova y Bakker, 2002). Esta escala consta de 6 ítems con respuesta tipo Likert de siete anclajes, que oscilan entre (0) nunca/ninguna vez y (6) siempre/todos los días. Un ejemplo de ítem es: «En mi opinión, soy bueno en mis estudios». La fiabilidad de la escala adecuada es  $\alpha = .70$  (Nunnally y Bernstein, 1994).

**Expectativas de resultado:** fue medida utilizando un índice que tenía en cuenta el número de semestres óptimos de cada titulación para completar los estudios con respecto al número de semestres en los que los alumnos manifestaban que iban a terminar. «¿En cuántos semestres calculas que acabarás la carrera, contando el total desde que comenzaste en primero?»

### 3. Resultados

Los primeros análisis se dirigieron a analizar las diferencias en función del género en las variables consideradas. Para ello, utilizando la aplicación SPSS 11.0 para Windows, se realizaron diversos análisis de varianza (ANOVA) estableciendo la variable «género» como factor, y el resto como variables dependientes (tabla V.2.1). Los resultados muestran valores significativos en algunas variables como el éxito académico ( $F = 8.98$ ;  $p = .003$ ) y las expectativas de resultado ( $F = 21.28$ ;  $p = .000$ ). Sin embargo, no existen diferencias en función del género en eficacia académica percibida ( $F = 1.54$ ;  $p = .214$ ).

**Tabla V.2.1.** Análisis de varianza (ANOVA) del éxito académico, eficacia percibida y expectativas de resultado en función del género (N = 497)

Variable	Genero	Media	D.S.	F
Éxito académico	H	72.20	27.94	8.98***
	M	78.97	22.76	
Efic. Acad. Percibida	H	3.75	1.11	1.54
	M	3.85	0.96	
Expectativas de resultado	H	7.52	1.54	21.81***
	M	8.19	1.29	

\*\*\*  $p < .01$

Los análisis comparativos de medias realizados de las variables éxito académico, expectativas de resultado y eficacia académica percibida, mostraron que son las mujeres las que, de forma significativa, obtienen valores más elevados en sus expectativas de resultado (pronóstico de menor tiempo para completar sus estudios) y mayor éxito académico en el pasado (mayor porcentaje de exámenes aprobados). Sin embargo, los niveles de eficacia académica percibida son similares en estudiantes de ambos sexos.

En segundo lugar, se han utilizado modelos de ecuaciones estructurales (*Structural Equation Modeling-SEM*) mediante el programa AMOS para probar el ajuste a los datos del modelo hipotetizado. Este modelo propuesto asume la mediación de la eficacia académica percibida en las relaciones entre el éxito académico (pasado) y las expectativas de resultado (futuro). Se han utilizado diversos índices de ajuste (Marsh, Balla y Hau, 1996) como la prueba  $\chi^2$ , RMSEA (*Root*

Mean Square Error of Approximation), CFI (Comparative Fit Index), GFI (Goodness of Fit Index), AGFI (Adjusted Goodness of Fit Index), TLI (Tucker-Lewis Index), y NFI (Normed Fit Index). La  $\chi^2$  pone a prueba la diferencia entre la matriz de covarianza observada y la predicha por el modelo especificado. Los valores no significativos indican que el modelo hipotetizado ajusta a los datos. No obstante, este índice es sensible al tamaño de la muestra, así que la probabilidad de rechazar un modelo hipotetizado, incrementa cuando el tamaño de la muestra se reduce. Para resolver este problema, se recomienda utilizar otros índices. El error de aproximación se refiere a la ausencia de ajuste entre el modelo y la matriz de covarianza de la población, y el índice RMSEA es una medida de la discrepancia por los grados de libertad para el modelo. Los valores inferiores a .08 indican un ajuste aceptable, y valores mayores a 0.1 deberían conducir a rechazar el modelo. El índice CFI es una medida adecuada para muestras pequeñas. Los índices restantes (GEI, AGFI, TLI y NFI) son buenos indicadores del ajuste del modelo a los datos. Los valores mayores de .90 son considerados como indicadores de un buen ajuste.

Teniendo en cuenta los criterios mencionados, los análisis realizados evidencian un ajuste deficiente. Esto nos llevó a rechazar el modelo hipotetizado que propone una relación entre éxito académico y las expectativas de resultado, con la mediación de la eficacia académica percibida. A pesar de ser aceptable el valor del índice GFI = .93, tanto AGFI = .654; TLI: .036 CFI = .65; NFI = .655 como el RMSEA = ,28 resultan inaceptables y sugieren rechazar el modelo propuesto (figura V.2.1).

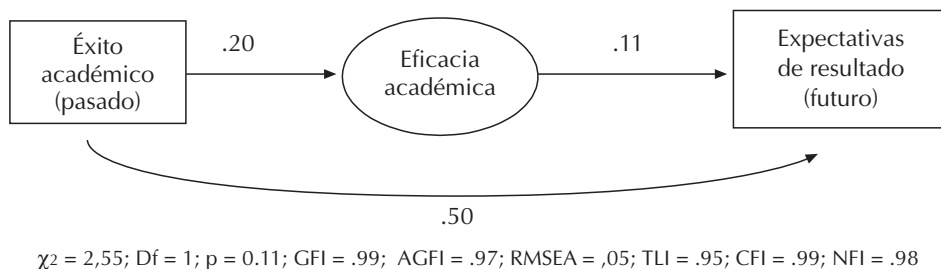


$\chi^2 = 81,38$ ; Df = 2;  $p = 0.00$  GFI = .93; AGFI = .654; RMSEA = ,28; TLI = .036; CFI = .65; NFI = .655

**Figura V.2.1.** Modelo de investigación hipotetizado (N = 497)

Así pues, se propone un modelo alternativo que establece, además del efecto del «éxito académico» sobre las «expectativas de resultado» mediado por la «eficacia académica percibida», un efecto directo del «éxito académico» sobre las «expectativas de resultado». Esto es, se añade al modelo original un *path* que establece una relación directa entre las dos variables mencionadas. El modelo que mejor ajusta supone una mediación «parcial» de la autoeficacia entre el éxito y las expectativas de éxito. Considerando este modelo, se obtienen

índices de ajuste aceptables ( $\chi^2 = 2,55$ ; Df = 1; p = 0.11; GFI = .99; AGFI = .97; RMSEA = ,05; TLI = .95; CFI = .99; NFI = .98) (figura V.2.2).



**Figura V.2.2.** Modelo alternativo propuesto (N = 497)

#### 4. Discusión

En este trabajo hemos comprobado la existencia de relaciones entre las experiencias de éxito pasado y las expectativas de éxito futuro, y el papel mediador de la autoeficacia en esa relación. Concretamente, se ha establecido la relación causal entre los éxitos académicos y las expectativas de resultado en los estudios, y esta relación está mediada parcialmente por la eficacia académica percibida. Nuestra hipótesis de partida proponía la relación entre el éxito académico (pasado) y las expectativas de resultado (futuro) considerando que esta relación está mediada por el nivel de eficacia percibida por el estudiante para afrontar con éxito sus tareas y obligaciones académicas. Sin embargo, el modelo que mejor ajusta a los datos es un modelo donde esa mediación no es total sino parcial. Por tanto, el éxito pasado influye directamente sobre las expectativas de éxito pasado, pero también a través de las expectativas de eficacia.

Por otra parte, dada la importancia que la variable género tiene en la investigación sobre autoeficacia académica, en el presente trabajo hemos considerado también este aspecto como factor determinante de diferencias en ciertas variables relacionadas con la autoeficacia. Esto es, en las experiencias de éxito académico y en las expectativas de resultado, además de considerar las diferencias en función del género en la propia variable de autoeficacia académica. Los resultados muestran que existen diferencias en función del género tanto en éxito académico como en cuanto a las expectativas de resultado. Las estudiantes obtienen mejores ejecuciones, aprueban más exámenes que sus compañeros varones. Al mismo tiempo, las mujeres también tienen mejores expectativas de terminar sus estudios con éxito. Sin embargo, el nivel de eficacia académica percibida es similar en hombres y mujeres, por lo que esto pone de manifiesto

que en ambos casos se perciben igualmente capaces de afrontar con éxito las tareas y obligaciones académicas que los estudios les proponen. Este dato es de sumo interés teniendo en cuenta que la muestra está formada tanto por estudiantes de titulaciones técnicas como humanas y sociales. La investigación ha propuesto que los niveles de autoeficacia de las mujeres son sensiblemente más bajos que los de los hombres a la hora de afrontar tareas propias de hombres, como sería el caso de las titulaciones consideradas técnicas (ingenierías, ciencias experimentales, etc.), sin embargo, en nuestro caso estas diferencias no aparecen. En cuanto al éxito obtenido, sí se puede confirmar que las mujeres obtienen mejores resultados, lo cual, posiblemente les motiva para conseguir nuevas metas.

En suma, y tomados en su conjunto, los resultados de este estudio ponen de manifiesto la importancia de las experiencias de éxito en la formación de la autoeficacia y de las expectativas de resultados futuros relacionados con el éxito. El éxito es, por un lado, una fuente de autoeficacia afectando al nivel de eficacia percibido por el estudiante y por otro, tienen un efecto directo sobre las expectativas de resultado. En este sentido, las acciones que vayan encaminadas a favorecer las ejecuciones positivas y el éxito en los estudios redundarán de forma positiva en el proceso de enseñanza-aprendizaje. Los logros incidirán en la proposición de nuevas metas y objetivos y a su vez favorecerán la ejecución de las acciones necesarias para alcanzarlos al percibirse el estudiante capaz de afrontar las tareas precisas. Y todo ello, teniendo en cuenta el efecto del género en estos procesos.

### V.3. ANTECEDENTES AFECTIVOS DE LA AUTOEFICACIA ENTRE PROFESORES: DIFERENCIAS INDIVIDUALES

MÓNICA GARCÍA, SUSANA LLORENS,  
MARISA SALANOVA, Y EVA CIFRE

Grupo de Investigación WONT  
Universitat Jaume I

#### 1. Introducción

El ejercicio de la profesión de profesor puede resultar interesante y lleno de retos, pero por otro también puede encontrarse lleno de miedos e incluso de amenazas, tanto a nivel profesional como a nivel personal (por ejemplo, amenazas contra la propia estima). Esto es así porque, tal como ocurre en otras profesiones de servicios sociales en las que el contacto con las personas usuarias es permanente (enfermería, trabajo social, etc.), el docente es el instrumento mismo de trabajo, mediador en interacciones de enseñanza/aprendizaje dentro de un contexto que actualmente presenta mayores exigencias. De hecho, la actual crisis en la enseñanza presenta manifestaciones muy diversas de orden sociológico, psicológico y pedagógico, que están repercutiendo en la persona del docente y en su función profesional. Tal como señala Gómez (2000: 19), «Nunca hasta ahora el docente había estado sometido a demandas tan complejas, intensas y contradictorias, y este nuevo escenario afecta a nuestra eficacia profesional tanto como a nuestro equilibrio y desarrollo humano».

Siguiendo esta línea, García-Martínez (2000: 5) indica que «los nuevos retos de esta sociedad heterogénea, plural, cambiante e intercultural va imponiendo a los profesores, van más allá de la reforma de los planes de estudio y de la reestructuración del sistema educativo, y afectan de lleno al concepto mismo de profesionalidad docente». Este mismo autor señala como primer desafío con el que se encuentran los profesores, el adecuar la práctica docente a las demandas y las expectativas crecientes de la sociedad con respecto a las tareas de los profesores, puesto que dichas expectativas están en la raíz del llamado *síndrome burnout* o del profesional quemado, cuyas consecuencias dan lugar a procesos ansioso-depresivos como respuesta psicológica a este estrés prolongado (De la Cruz y Urdiales, 1996; Gómez, 2000).

El síndrome de *burnout* ha sido definido como «un estado mental persistente, negativo y relacionado con el trabajo, en individuos “normales”, caracterizado principalmente por agotamiento (exhaustion), acompañado por distrés, sensación de competencia reducida, disminución de la motivación, y el desarrollo de actitudes disfuncionales en el trabajo» (Schaufeli & Enzmann, 1998).



De las tres dimensiones propuestas (esto es, agotamiento emocional, cinismo y despersonalización), dos de ellas han demostrado en diferentes estudios empíricos (Green, Walkey y Taylor, 1991; Schaufeli, Salanova, González, Romá y Bakker, 2002) ser lo que se ha conocido como el «corazón del *burnout*». Estas dimensiones son las de agotamiento emocional y cinismo. Por un lado, el agotamiento emocional se refiere a la pérdida de recursos emocionales debido a las demandas de los estudiantes y demás profesores del centro. Por otro lado, el cinismo refleja indiferencia y actitudes distantes hacia el trabajo que uno realiza en términos generales.

El desarrollo del síndrome del *burnout* en los profesionales docentes puede aparecer como consecuencia de la percepción del profesor de una serie de fuentes de estrés (obstáculos) así como de unos estilos de afrontamiento ineficaces para hacer frente a estas fuentes de estrés. Así, como consecuencia de ello, como citan Moreno, Garrosa y González (2000: 152) «suele ser común la adopción de actitudes de distanciamiento frías y despersonalizadas hacia los estudiantes, entendiéndose esta conducta como un modo de afrontamiento al agotamiento experimentado».

Por otra parte, y desde la psicología positiva, se está dando un empuje hacia la búsqueda de los polos positivos de los sentimientos en el trabajo. Ahí es donde tiene el origen el concepto de *engagement*, que surge como el polo opuesto al *burnout* en el trabajo. Sin embargo, estudios posteriores (Schaufeli y Bakker, 2001; Salanova, Schaufeli, Llorens, Peiró y Grau, 2000) sugieren que más que polos opuestos de un mismo continuo, estamos hablando de dos dimensiones diferentes. El *engagement* se ha definido (Schaufeli, Salanova, González-Romá y Bakker, 2002) como «un constructo motivacional positivo relacionado con el trabajo que está caracterizado por el vigor, dedicación y absorción». El vigor se caracteriza por altos niveles de energía mientras se trabaja, de persistencia y de un fuerte deseo de esforzarse en el trabajo. La dedicación se manifiesta por altos niveles de significado del trabajo, de entusiasmo, inspiración, orgullo y reto relacionados con el trabajo que uno realiza. Por último, la absorción se caracteriza por estar plenamente concentrado y feliz realizando el trabajo, mientras se tiene la sensación de que el tiempo «pasa volando» y uno se deja «llevar» por el trabajo.

Uno de los antecedentes estudiados por los investigadores de las variables afectivas (*burnout* y *engagement*) es el análisis de los posibles obstáculos y facilitadores organizacionales que los trabajadores encuentran en su trabajo (Grau, Agut, Burriel y Salanova, 2000). En este sentido, se entiende como obstáculo organizacional: «los factores tangibles del ambiente laboral que tienen la capacidad de restringir el desempeño» (Brown y Mitchel, 1993: 726). Para hacer frente a estos obstáculos, el profesor cuenta con recursos o facilitadores (tanto del ambiente laboral como del ambiente extralaboral) que le permiten supe-

rarlos. La interacción pues de estos dos factores tendrán consecuencias sobre el estado afectivo en general del profesor, o sobre los niveles de *burnout* y de *engagement* en particular.

A su vez, estos niveles de *burnout* y de *engagement* pueden estar afectando los niveles de autoeficacia del docente. Estos niveles de autoeficacia son de excepcional importancia para el ejercicio de la profesión docente, puesto que hacen referencia a los juicios que las personas emiten sobre sus propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para gestionar situaciones futuras (Bandura, 1997). En este contexto, cobra extraordinaria importancia las creencias que los docentes puedan tener en sus propias capacidades para hacer frente a una situación dada (en clase, con los compañeros,...) puesto que en estas creencias de autoeficacia va a basarse el que un hecho particular sea recibido como una amenaza o como un reto.

Taris, Schaufeli, Schreus y Calje (2000) en una muestra compuesta por 1.390 profesores holandeses encontraron diferencias individuales en *burnout* en cuanto a sexo. Así, son los hombres los que presentan mayores posibilidades de padecer *burnout* que las mujeres. Este mismo resultado ha sido obtenido por otros autores como Moreno y otros (2000). Sin embargo, en otros estudios son las mujeres las que presentan mayores índices de *burnout* (Maslach y Jackson, 1981; Poulin y Walter, 1993). Con respecto a la edad, son los profesores/as mayores de 45-50 años los que presentan mayores niveles de *burnout* (sobre todo agotamiento emocional) (Moreno y otros, 2000; Gil-Monte y Peiró, 1997).

En cuanto a las relaciones entre *engagement* y diferencias individuales, así como en cuanto a obstáculos/facilitadores en profesores de secundaria, no existen trabajos publicados, al menos que nosotras conozcamos. Finalmente, las investigaciones sobre autoeficacia sí que indican que la existencia de diferencias significativas cuando se estudia la autoeficacia específica. Concretamente, la literatura sugiere que son los hombres los que tienen significativamente mayores niveles de autoeficacia para los ordenadores comparado con las mujeres (Carlson y Grabowski, 1992; Chou, 2001). Sin embargo, los resultados son contradictorios puesto que otros estudios no encuentran tales diferencias (Torkzadeh, Pflughoeft y Hall, 1999). Por el contrario existen pocos estudios que examinen la autoeficacia por grupos de edad.

El objetivo del presente estudio es probar la existencia de diferencias individuales en cuanto al género, edad y tipo de curso en el que imparten enseñanza en la percepción que tienen de los obstáculos y facilitadores que se encuentran en su lugar de trabajo, variables afectivas (*burnout* y *engagement*) y la autoeficacia en el desempeño de sus funciones como docente.

## 2. Metodología

### 2.1. Muestra y procedimiento de recogida de datos

La muestra está compuesta por 483 profesores de enseñanza secundaria obligatoria (167-35%) y profesores de bachillerato/ciclos formativos (95-20%) de 34 centros de enseñanza no universitaria de la provincia de Castellón y Valencia (85% públicos y 15% privados). De ellos, 272 son mujeres (56,3%) y 211 hombres (43,5%). La edad oscila entre 23 y 60 años, con una media de 40 años (D.T = 8.27).

A principio de curso del 2001-2002, septiembre-octubre, se envió una carta a cada uno de los centros explicándoles el motivo de la investigación y pidiendo su colaboración. Posteriormente se mantuvo una reunión con el director o con el orientador del centro explicándoles los objetivos de nuestra investigación así como las posibles ventajas que se podrían derivar de este estudio (entrega de informes a los centros con los resultados obtenidos, realización de unas jornadas informativas/formativas sobre el burnout y expedición de un certificado de participación válido para los sexenios). El cuestionario era anónimo, de manera que se entregaba en un sobre cerrado que era recogido por un miembro del equipo o se enviaba por correo a la Universidad.

### 2.2. Variables y su operacionalización

Los instrumentos de evaluación están recogidos en la batería de cuestionarios *RED.ES* (*recursos, emociones y demandas, relacionadas con el trabajo*), desarrollado por el equipo WONT, que evaluaba los obstáculos y facilitadores que los profesores perciben en su lugar de trabajo, el corazón del *burnout*, el engagement y la autoeficacia.

#### *Obstáculos y facilitadores*

Los *obstáculos* que han sido evaluados a través de 8 ítems autoconstruidos, hacen referencia a los factores del ambiente de trabajo que pueden restringir el desempeño, requieren que las personas ejerzan un esfuerzo adicional para superarlos, y tienen costes físicos o psicológicos (como por ejemplo *burnout*) (por ejemplo, «Actitud muy negativa y excesiva indisciplina de los alumnos»). Por otro lado, los *facilitadores*, que han sido evaluados a través de 12 ítems autoconstruidos, hacen referencia a aquellos factores del ambiente de trabajo (acciones o estrategias) dirigidos a resolver los obstáculos, y por tanto, reducir los costes físicos y/o psicológicos (ejemplo: «llevarse bien con los alumnos»). Los sujetos debían indicar el grado en que las situaciones planteadas interferían o eran importantes en su puesto de trabajo. Para ello se utilizó una escala tipo Likert de 1 (nada importantes/no interfieren en mi trabajo) a 6 (absolutamente importantes/interfieren muchísimo en mi trabajo).

### *Corazón del burnout*

El corazón del *burnout* fue evaluado mediante una adaptación al castellano de las escalas de agotamiento emocional y cinismo MBI-GS (Salanova y otros, 2000). El agotamiento emocional está compuesto por 5 ítems (ejemplo: «Me siento emocionalmente agotado por mi trabajo»). La dimensión de cinismo se midió mediante 4 de los 5 ítems de la escala original (ejemplo: «Me he vuelto más cínico respecto a la utilidad de mi trabajo»). Al igual que en otros trabajos el ítem 13 de la escala de cinismo fue eliminado para mejorar la fiabilidad de la escala (Salanova, Grau, Llorens y Schaufeli, 2001; Salanova y otros, 2000; Salanova y Schaufeli, 2000; Schaufeli y Van Dierendonck, 2000; Schutte, Toppinen, Kalimo y Schaufeli, 2000). Los ítems tienen una escala de medida que oscila entre 0 (nunca/ninguna vez) y 6 (siempre/todos los días).

### *Engagement*

El *engagement* fue evaluado mediante la escala de *engagement* laboral de Salanova y otros (2000) formada por 17 ítems que suponen reflejan tres dimensiones: vigor, dedicación y absorción, con una escala de respuestas que oscila de (1) «ninguna vez» a (6) «todos los días». La subescala de vigor comprende 6 ítems (ejemplo: «En mi trabajo me siento lleno de energía»). La subescala de dedicación contiene 5 ítems (ejemplo: «Mi trabajo me inspira»). Finalmente, la subescala de absorción comprende 6 ítems (ejemplo: «El tiempo vuela cuando estoy trabajando»).

### *Autoeficacia laboral*

Se utilizó la adaptación española (Grau, Salanova y Peiró, 2000) de «autoeficacia generalizada» de Schwarzer (1999), que comprende 10 ítems (ejemplo: «Seré capaz de encontrar lo que quiero en mi trabajo aunque alguien se me oponga»). Los profesores debían señalar sus respuestas en una escala de 6 puntos desde «nunca/ninguna vez» a «todos los días».

## **2.3. Análisis de datos**

En primer lugar, se realizaron análisis descriptivos y se analizaron las consistencias internas (alpha de Cronbach) de las variables consideradas en el estudio. En segundo lugar, se realizaron análisis MANOVA para identificar aspectos diferenciales en cuanto cada una de las variables consideradas (facilitadores, obstáculos, corazón del *burnout*, *engagement* y autoeficacia), en función del género, edad y tipo de curso en el que imparten enseñanza (si imparte curso únicamente en enseñanza obligatoria o en bachillerato y ciclos formativos). Además, para conocer la existencia de diferencias significativas entre los diferentes grupos de edad con respecto a estas variables, se realizaron pruebas post-hoc (DMS) mediante el paquete estadístico SPSS.

### 3. Resultados

En la siguiente tabla (ver tabla V.3.1) se muestran los análisis descriptivos y las consistencias internas de las variables utilizadas en el estudio.

**Tabla V.3.1.** Análisis descriptivos de las variables del estudio (N = 483)

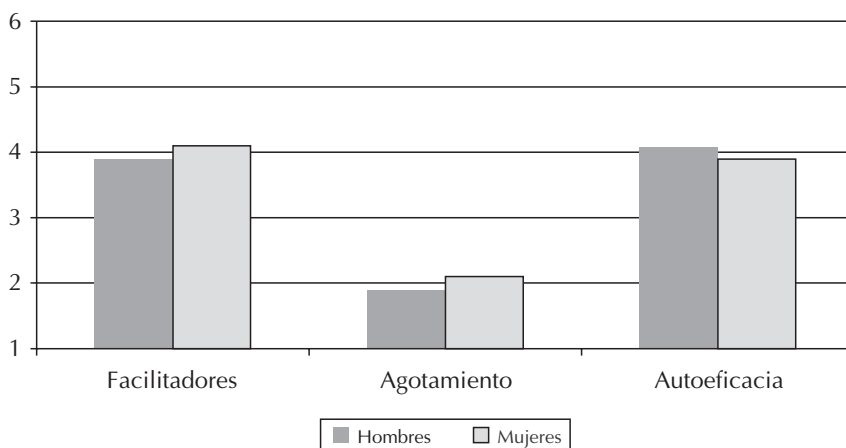
	N = 483			Correlaciones						
	M	DT	$\alpha$	1	2	3	4	5	6	7
Obstáculos	2.59	1.13	.84	-						
Facilitadores	4.04	0.70	.74	.19***	-					
Agotamiento	2.03	1.08	.87	.23***	-.06	-				
Cinismo	1.71	1.21	.84	.24***	-.13**	.54***	-			
Vigor	4.19	.95	.84	-.09*	.27***	-.42***	-.40***	-		
Dedicación	3.92	1.18	.90	-.15**	.25***	-.35***	-.58***	.66***	-	
Absorción	3.56	1.04	.79	-.02	.22***	-.13**	-.29***	.54***	.60***	-
Autoeficacia	3.98	.85	.93	-.16***	.19***	-.38***	-.43***	.44***	.48***	.31***

Nota: \* $p < .05$ , \*\* $p < .01$ , \*\*\* $p < .001$

Como puede observarse en la tabla V.3.1, los coeficientes  $\alpha$  en todas las escalas son suficientes y superan el criterio de .70 recomendado por Nunnally y Bernstein (1994). Respecto de la matriz de intercorrelaciones entre las escalas, puede decirse que los obstáculos y los facilitadores están correlacionados entre sí en sentido positivo. El agotamiento y el cinismo presentan una correlación alta y positiva entre ellas, y negativa con las tres dimensiones del *engagement* (vigor, dedicación y absorción), siendo la relación con la absorción la correlación más baja de las tres. Respecto al *engagement* se observan correlaciones altas y significativamente positivas entre las tres dimensiones (vigor, dedicación y absorción). Además, se observa que los obstáculos están positiva y significativamente relacionados con el *burnout* (dimensiones de agotamiento y cinismo) y negativamente y de forma más baja con vigor y dedicación, pero no con absorción. Por otro lado, también se destaca que los facilitadores se relacionan de forma negativa y significativa con el *burnout* (aunque sólo en la dimensión de cinismo) y con las tres dimensiones del *engagement* (vigor, dedicación y absorción). Finalmente, la variable autoeficacia muestra relaciones positivas con los facilitadores y con las tres dimensiones del *engagement*, mientras que se rela-

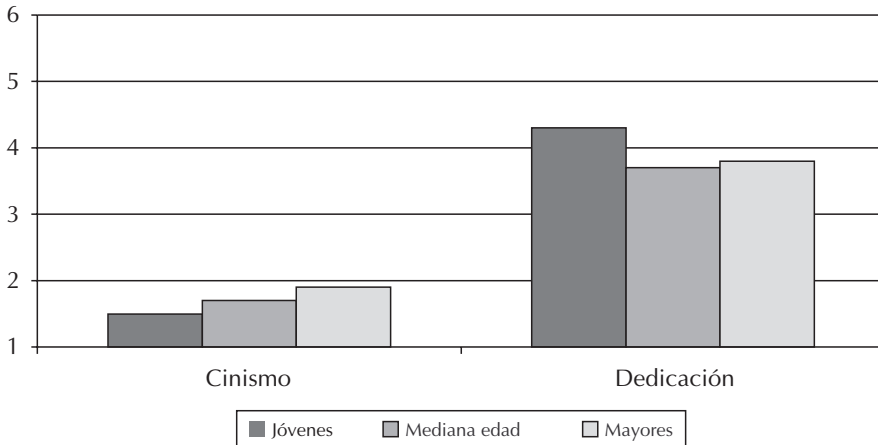
ciona de manera negativa y significativa con los obstáculos y con las dos dimensiones del *burnout* consideradas.

El modelo lineal general fue utilizado para poner a prueba la existencia de diferencias individuales en los diferentes constructos considerados en el modelo. Los resultados realizados muestran la existencia de diferencias significativas en función del género (hombres y mujeres) en cuanto a los facilitadores ( $F(8,473) = 14.8$ ;  $p < .001$ ), agotamiento emocional ( $F(8,473) = 6.28$ ;  $p < .05$ ) y autoeficacia ( $F(8,473) = 5.35$ ;  $p < .05$ ). Son las mujeres las que perciben mayores facilitadores y mayores niveles de agotamiento, mientras que son los hombres los que presentan mayores niveles de autoeficacia (ver figura V.3.1).



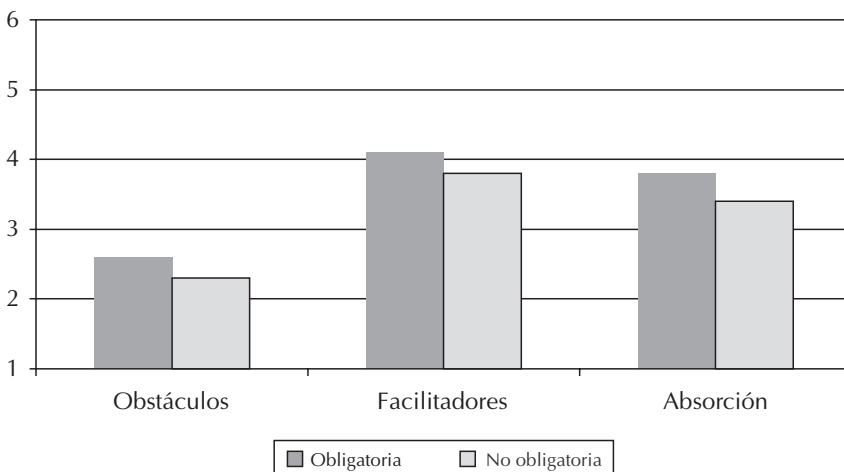
**Figura V.3.1.** Diferencias de género en cuanto a facilitadores, agotamiento y autoeficacia

Por otra parte, el modelo lineal general mediante pruebas post-hoc (DMS) muestra la existencia de diferencias significativas en función de la edad (jóvenes, mediana edad y mayores) en cuanto a cinismo ( $F(8,467) = 4.2$ ;  $p < .01$ ) y dedicación ( $F(8,467) = 10.38$ ;  $p < .001$ ). Así, existen diferencias significativas entre el grupo de los más jóvenes (de 25 a 35 años) y el resto de profesores de la muestra en cuanto a cinismo, siendo los profesores más mayores (mayores de 36 años) los que presentan mayores niveles de cinismo. Además, son los profesores más jóvenes (de 25 a 35 años) los que presentan, en comparación con los de mediana edad (36-45 años) y los más mayores (46-60 años), niveles más altos en dedicación (ver figura V.3.2).



**Figura V.3.2.** Diferencias en cuanto a la *edad* en cinismo y dedicación

Finalmente, en función del tipo de enseñanza impartida (obligatoria y no obligatoria) existen diferencias significativas en cuanto a obstáculos ( $F(8,470) = 4.6$ ;  $p < .01$ ), facilitadores ( $F(8,470) = 7.1$ ;  $p < .01$ ), y absorción ( $F(8,470) = 4.4$ ;  $p < .05$ ). Son los profesores que imparten enseñanza obligatoria los que perciben mayores obstáculos, pero a la vez mayores niveles de facilitadores y de absorción (ver figura V.3.3).



**Figura V.3.3.** Diferencias en cuanto al *tipo de enseñanza impartida* (obligatoria/no obligatoria) en obstáculos, facilitadores y absorción

#### 4. Conclusiones

El objetivo del presente estudio era poner a prueba la existencia de diferencias individuales en cuanto al género, edad y tipo de curso en el que imparten enseñanza los profesores de secundaria en cuanto a la percepción que tienen de los obstáculos y facilitadores que se encuentran en su lugar de trabajo, variables afectivas (*burnout* y *engagement*) y la autoeficacia en el desempeño de sus funciones como docente.

Los análisis realizados, teniendo en cuenta tales variables individuales, han puesto de manifiesto que el género, la edad y el tipo de enseñanza impartida tienen una relación diferencial y significativa con obstáculos/facilitadores, *burnout*, *engagement* y autoeficacia. Con respecto al género los resultados obtenidos muestran efectos diferenciales en cuanto a la percepción de facilitadores, agotamiento (dimensión del *burnout*) y autoeficacia. A pesar de que las mujeres son las que perciben mayores niveles de facilitadores (apoyo de compañeros, pocos conflictos con los alumnos, etc.), son también las que manifiestan mayores índices de agotamiento y menores niveles de autoeficacia. Por el contrario, los hombres son los que perciben menos facilitadores, y a la vez menos agotamiento y más niveles de autoeficacia. El hecho de que las mujeres presenten un mayor nivel de agotamiento podría explicarse considerando el importante rol que hoy en día desempeña la mujer en el ámbito del trabajo además de compaginar este rol con otros roles familiares (cuidado de los hijos, etc.), aspecto que puede agravarse cuando la familia está formada por parejas de doble carrera (Peiró, 1993; Maslach y Jackson, 1981; Poulin y Walter, 1993). Además, el agotamiento puede comportarse como un mediador entre los facilitadores/obstáculos y la autoeficacia (García, Llorens, Salanova y Cifre, 2002). En este sentido, la teoría social cognitiva de Bandura (1986, 1997) señala que una de las fuentes de la autoeficacia son los estados afectivos. Así, el hecho de experimentar un estado emocional negativo (por ejemplo, agotamiento) hace que decrementsen los niveles de autoeficacia.

Sin embargo, los resultados hallados en el presente estudio en cuanto a las diferencias por sexo en los niveles de *burnout*, no son consistentes con los hallazgos encontrados por Taris, Schaufeli, Schreus y Calje (2000) quienes encontraron que los profesores holandeses presentaban mayores índices de *burnout* que las profesoras. Este desajuste podría explicarse a que en Holanda la mayor parte de las mujeres tienen contratos a tiempo parcial, con lo cual el contacto con la fuente de *burnout* en el contexto laboral no es tan prolongada como en el caso de los hombres.

En cuanto a los análisis realizados en función de la edad se ha puesto de manifiesto la existencia de diferencias significativas en *burnout* (aunque sólo en la dimensión de cinismo). Son los profesores mayores de 36 años los que



presentan los niveles más altos de cinismo, siendo las puntuaciones más bajas para aquellos con edades comprendidas entre los 23 y 35 años. Además, los jóvenes son los que muestran mayores niveles de dedicación (dimensión del *engagement*). Esto podría deberse a que los jóvenes presentan al principio de su entrada en el contexto educativo mayores niveles de motivación, entusiasmo y de expectativas respecto hacia su rol de profesor. Expectativas que podrían verse incumplidas a lo largo de su desarrollo profesional, apareciendo por tanto mayores niveles de cinismo. Podría ser que la falta de dedicación se utilizara como una estrategia de afrontamiento del estrés.

Finalmente, respecto al tipo de curso en el que se imparte enseñanza se han encontrado diferencias significativas en cuanto a la percepción de obstáculos y facilitadores y absorción (dimensión del *engagement*). Así pues, son los profesores que imparten enseñanza secundaria obligatoria (ESO) los que perciben mayores obstáculos, pero a la vez más facilitadores, mayores niveles de absorción. Por el contrario, los profesores de bachillerato son los que perciben menos obstáculos, menos facilitadores y menos niveles de absorción. El equilibrio o el ajuste entre facilitadores y obstáculos percibidos podría explicar que los profesores presenten mayores niveles de absorción en sus funciones docentes.

#### *Implicaciones prácticas*

Se han detectado los grupos de riesgos que pueden convertirse en grupos diana de cara al establecimiento de programas preventivos para reducir los niveles de burnout e incrementar los niveles de engagement. Para ello podrían utilizarse estrategias para incrementar los niveles de autoeficacia de los profesores sobre todo de las mujeres utilizando por ejemplo el diseño e implementación de cursos de formación. Estos programas preventivos deberían incluirse como parte de la formación básica del futuro profesor/a, que les permita el desarrollo de estrategias de reconocimiento de síntomas y de estrategias de afrontamiento del estrés (por ejemplo, el *burnout*) y fortalecer las aptitudes y el funcionamiento adecuado del profesor (por ejemplo, el *engagement*).

## REFERENCIAS

---

- AARON, L. A., BRADLEY, L. A., ALARCÓN, G. S, ALEXANDER, R. W., TRIANA ALEXANDER, M., MARTIN, M. Y. & ALBERTS, K. R. (1996). Psychiatric Diagnoses in Patients with Fibromyalgia are Related to Health Care-Seeking Behavior rather than to Illness. *Arthritis and Rheumatism*, 39 (3), 436-445.
- AIKEN, L. S. & WEST, S. G. (1991). *Multiple regression: Testing and interpreting interactions*. Newbury Park, CA: Sage.
- ALCOVER DE LA HERA, C. M. (1988). *Influencias del tiempo y de la pertenencia sobre la eficacia productiva de los equipos de trabajo*. Madrid: Dyckson.
- ALONSO, J., PRIETO, L. Y ANTÓ, J. M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104, 771-776.
- AMES, C. & ARCHER, J. (1988). Mother's belief about the role of ability and effort in school learning. *Journal of Educational Psychology*, 80, 260-267.
- ANDERSON, N., & HERRIOT, P. (Eds.) (1997). *International handbook of selection and assessment*. Chichester: John Wiley.
- ANDREW, S. (1998). Self-efficacy as a predictor of academic performance in science. *Journal of Advanced Nursing*, 27 (3), 596-604.
- ARBUCKLE, J. L. (1997). *Amos users' guide version 4.0*. Chicago, IL: Smallwaters Corporation.
- ASHBY, F. G., ISEN, A. M. & TURKEN, A. U. (1999). A neuropsychological theory of positive affect and its influence on cognition. *Psychological Review*, 106, 529-550.
- ASHTON, P. T. & WEBB, R. B. (1986). *Making a difference: Teachers' sense of efficacy and student achievement*. White Plains, NY: Longman, Inc.
- BADÍA, X., SALAMERO, M., ALONSO, J. y OLLÉ A. (1996). *La medida de la Salud. Guía de escalas de medición en español*. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias, S. A.
- BAESSLER Y SCHWARZER, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: adaptación española de la escala de autoeficacia general. *Ansiedad y Estrés*, 2 (1), 1-8.
- BAKER, J. A. (1988). Breast self-examination among older women. *Health Education Research*, 3 (2), 181-189.

- BALAGUER, I., CASTILLO, I. Y PASTOR, Y. (2002). Los estilos de vida relacionados con la salud en la adolescencia temprana. En I. BALAGUER (ed.): *Estilos de vida en la adolescencia*, Valencia: Promolibro.
- BANDURA, A. (1965). Vicarious processes: a case of no-trial learning. In: *Advances in Experimental Social Psychology*, Vol. II, BERKOWITZ L. (ed.) New York: Academic Press.
- BANDURA, A. (1965). Influence of models' reinforcement contingencies on the acquisition of imitative responses. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1, 589-595.
- BANDURA, A. & PERLOFF, B. (1965). Relative efficacy of self-monitored and externally imposed reinforcement system. *Journal of Personality and Social Psychology*, 7, 111-116.
- BANDURA, A., GRUSEC, J. E. & MENLOVE, F. L. (1967a). Some social determinants of self-monitoring reinforcement systems. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5, 449-455.
- BANDURA, A., GRUSEC, J. E. & MENLOVE, F. L. (1967b). Vicarious extinction of avoidance behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5 (1), 16-23.
- BANDURA, A. & MENLOVE, F. L. (1968). Factor determining vicarious extinction of avoidance behaviour through symbolic modelling. *Journal of Personality and Social Psychology*, 8 (2), 99-108.
- BANDURA, A. (1969). *Principles of behavior modification*. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- BANDURA, A. (1969). Social learning of moral judgements. *Journal of Personality and Social Psychology*, 11, 275-279.
- BANDURA, A., BLANCHARD, E. B., & RITTER, B. (1969). Relative efficacy of desensitization and modelling approach for inducing behavioural, affective and attitudinal change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 13 (3), 173-199.
- BANDURA, A. & BARAB, P. G. (1973). Processes governing disinhibitory effects through symbolic modeling. *Journal of Abnormal Psychology*, 83 (1), 1-9.
- BANDURA, A. & JEFFERY, R. W. (1973). Role of symbolic coding and rehearsal process in observational learning. *Journal of Personality and Social Psychology*, 23, 122-130.
- BANDURA, A. & MAHONEY, M. J. (1974). Maintenance and transfer of self-reinforcement functions. *Behaviour Research and Therapy*, 12, 89-97.
- BANDURA, A., JEFFERY, R. W. & WRIGHT, C. L. (1974). Efficacy of participant modelling as a function of response induction aids. *Journal of Abnormal Psychology*, 83 (1), 56-64.
- BANDURA, A., JEFFERY ROBERT, W. & GADJOS, E. (1975). Generalizing change through participant modelling with self-directed mastery. *Behaviour Research And Therapy*, 13, 141-152.
- BANDURA, A., MAHONEY, M. J. & DIRKS, S. J. (1976). Discriminative activational maintenance of contingent self-reinforcement. *Behaviour Research and Therapy*, 14, 1-6.
- BANDURA, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological Review*, 83, 191-215.
- BANDURA, A. (1977). *Social Learning Theory*. New Jersey: Englewood Cliffs.
- BANDURA, A. (1978). The self system in reciprocal determinism. *American Psychologist*, 33 (4), 344-358.

- BANDURA, A., ADAMS, N. E., HARDY, A. B. & HOWELLS, G. (1980). Test of the generality of self efficacy theory. *Cognitive Therapy and Research*, 4, 39-66.
- BANDURA, A. (1982). The psychology of chance encounter and life path. *American Psychologist*, 37, 747-755.
- BANDURA, A., REESE, L. & ADAMS, N. E. (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.
- BANDURA, A. & CERVONE, D. (1983). Self-evaluative and self-efficacy mechanisms governing the motivational effects of goal systems. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 1017-1028.
- BANDURA, A. (1986). *Social foundations of thought y action: a social cognitive theory*. Englewood. Cliffs, NJ: Prentice-Hall
- BANDURA, A. & CERVONE, D. (1986). Differential engagement of self-reactive influences on cognitive motivation. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 38, 92-113.
- BANDURA, A. (1987). *Pensamiento y acción. Fundamentos sociales*. Barcelona: Martínez Roca.
- BANDURA, A. (1988). Self-efficacy conception of anxiety. *Anxiety Research*, 1, 77-98.
- BANDURA, M. M. & DWECK, C. S. (1988). *The relationships of conceptions of intelligence and achievement goals to patterns of cognition, affect and behavior*. Unpublished manuscript. Cambridge, MA: Harvard University.
- BANDURA, A. & WOOD, R. E. (1989). Effect of perceived controllability and performance standards on self-regulation on complex decision making. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56 (5), 805-814.
- BANDURA, A. (1991). The changing icons in personality psychology. In J. H. CANTOR (ed.): *Psychology at Iowa: Centennial Essay*, Hillsdale. New Jersey: Erlbaum.
- BANDURA, A. & JOURDEN, J. F. (1991). Self-regulatory mechanisms governing the impact of social comparison on complex decision-making. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 941-951.
- BANDURA, A. (1992). Self-efficacy mechanism in psychobiological functioning. In R. SCHWARZER (ed.): *Self-efficacy: Thought Control of Action*, Washington, D. C.: Hemisphere.
- BANDURA, A. (1992). Exercise of personal agency through the self-efficacy mechanism. In R. SCHWARZER (ed.): *Self-efficacy: Thought Control of Action*. Berlin: Taylor & Francis.
- BANDURA, A. (1993). Perceived self-efficacy in cognitive development and functioning. *Educational Psychologist*, 28, 117-148.
- BANDURA, A. (1994). *Self-efficacy*. In V. S. RAMACHAUDRAN (ed.): *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 4, pags. 71-81). New York: Academic Press.
- BANDURA, A. (1995). *Self-efficacy in changing societies*. New York: Cambridge University Press.
- BANDURA, A., BARBARANELLI, C., CAPRARA, G. V. & PASTORELLI, C. (1996). Multifaceted impact of self-efficacy beliefs on academic functioning. *Child Development*, 67, 1206-1222.

- BANDURA, A. (1997). *Self-Efficacy. The exercise of control*. New York: Freeman.
- BANDURA, A. (1999). Social Cognitive Theory of Personality. In L. PERVIN & O. JOHN (eds.): *Handbook of Personality* (2<sup>nd</sup> ed., 154-196), New York: Guilford.
- BANDURA, A., BARBARANELLI, C., CAPRARA, G. V. & PASTORELLI, C. (1999). *Self-efficacy beliefs as shapers of children's aspirations and career trajectories*. Stanford University Press.
- BANDURA, A. (2000). Exercise of human agency through collective efficacy. *Current Directions of Psychological Science*, 9, 75-78.
- BANDURA, A. (2001a). Social cognitive theory of mass communications. En J. BRYANT, & D. ZILLMAN (eds.): *Media effects: advances in theory and research* (2<sup>nd</sup> ed., 121-153). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- BANDURA, A. (2001b). Social cognitive theory: an agentic perspective. *Annual Review of Psychology*, 52, 1-26.
- BANDURA, A. (2002). Social cognitive theory in cultural context. *Journal of Applied Psychology. An International Review*, 51, 269-290.
- BANDURA, A. (in press). Health promotion by social cognitive means. *Health Education and Behavior*.
- BANKS, M. H., CLEGG, C. W., JACKSON, P. R., KEMP, N. J., STAFFORD, E. M., & WALL, T. D. (1980). The use of the general health questionnaire as an indicator of mental health in occupational studies. *Journal of Occupational Psychology*, 53, 187-194.
- BARSKY, A. J. (1981). Hidden reasons some patients visits doctors. *Annals of Internal Medicine*, 94 (part 1), 492-498.
- BARTHOLOMEW, K., PARCEL, G. & KOK, G. (1998). Intervention Mapping: a process for developing theory and evidence based health education programs. *Health Education and Behavior*, 25, 545-563.
- BAUM, J. R. (1994). The relation of traits, competencies, vision, motivation, and strategy to venture growth. Unpublished doctoral dissertation, University of Maryland.
- BAUMEISTER, R. F., & LEARY, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117 (3), 497-529.
- BAYÉS, R. Y BORRÁS, F. X. (1999). Psiconeuroinmunología y salud. En M. A. SIMÓN (ed.): *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- BEAS, M. I., AGUT, S., SALANOVA, M. Y GRAU, R. (1999). La autoeficacia general y específica y su relación con diversos indicadores de estrés laboral. Presentado en la *IV Conferencia Internacional sobre Psicología Cognitiva/Conductual*. Valencia, 2-4.
- BEAS, M. I., LLORENS, S. Y SALANOVA, M. (2000). Formación para el uso de ordenadores y niveles de autoeficacia: el rol modulador de las actitudes hacia los ordenadores. En AGULLO, E., REMESEIRO, C., FERNÁNDEZ, J. A. (eds.): *Psicología del Trabajo de las Organizaciones y de los Recursos Humanos. Nuevas aproximaciones* (pp. 441-446).
- BEAS, M. I., LLORENS, S. Y CIFRE, E. (2001). Autoeficacia para la búsqueda de empleo en los estudiantes de la UJI y su relación con el proceso de búsqueda. *Fòrum de Recerca*. 6. Facultat de Ciències Humanes i Socials. Universitat Jaume I.  
<http://sic.uji.es/publ/edicions/jfi6/empleo.pdf>

- BECKER, B. E., & HUSELID, M. A. (1998). High performance work systems and firm performance: A synthesis of research and managerial implications. In G. R. FERRIS (ed.): *Research in personnel and human resources* (Vol. 16, pp. 53-101). Stamford, CT: JAI Press.
- BEEHR, T. A. (1995). *Psychological Stress in the workplace*. London: Routledge.
- BEM, D. J. (1965). An experimental analysis of self-persuasion. *Journal of Experimental Social Psychology*, 1, 199-218.
- BENTLER, P. M. (1995). *EOS Structural Equations Program Manual*. Encino, CA: Multivariate Software Inc.
- BETZ, N. E. y HACKETT, G. (1981). The relationship of career-related self-efficacy expectations to perceived career options in college women and men. *Journal of Counseling Psychology*, 28, 399-410.
- BITTER, G. G., y DAVIS, S. J. (1985). Measuring development of computer literacy among teachers. *AEDS Journal*, 18 (4), 243-253.
- BLANCHARD, E. B. (1970a). The generalization of vicarious extinction effects. *Behaviour Research and Therapy*, 1, 163-170.
- BLANCHARD, E. B. (1970b). Relative contributions of modelling, informational influences and physical contact in extinction of phobic behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 76, 55-61.
- BLANCHARD, E. B. (1977). Behavioural medicine: a perspective. In R. B. WILLIAMS & W. D. GENTRY (eds.): *Behavioral Approaches to Medical Treatment*, Cambridge: Ballinger.
- BLASCO, T., y VILLAMARÍN, F. (1993). Expectativas de eficacia y de resultados en pacientes de cáncer sometidos a quimioterapia. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19 (67), 689-706.
- BOHLIN, R. M. y HUNT, N. P. (1995). Course structure effects on student's computer anxiety. *Journal of Educational Computing Research*, 13 (3), 263-270.
- BONG, M. (1999). Personal factors affecting the generality of academic self-efficacy judgements: Gender and Ethnicity. *Journal of Experimental Education*, 67, 4, 315-332.
- BORRILL, C. S., WEST, M. A., SHAPIRO, D., & REES, A. (2000). Team working and effectiveness in health care. *British Journal of Health Care*, 6 (8), 364-371.
- BORRILL, C. S., CARLETTA, J., CARTER, A. J., DAWSON, J. F., GARROD, S., REES, A., RICHARDS, A., SHAPIRO, D., & WEST, M. A. (2001). *The effectiveness of health care teams in the National Health Service*. Aston Centre for Health Service Organisational Research, University of Aston, Human Communications Research Centre, Universities of Glasgow and Edinburgh, Psychological Therapies Research Centre, University of Leeds.
- BOUFFARD-BOUCHARD, T. (1990). Influence of self-efficacy on performance in a cognitive task. *Journal of Social Psychology*, 130, 353-363.
- BOWER, T. G. R. (1971). *Human development*. San Francisco: W. H. Freeman.
- BROUWERS, A., & TOMIC, W. (1999). Teacher burnout, perceived self-efficacy in classroom management, and student disruptive behavior in secondary education. *Curriculum and Teaching*, 14, 7-26.
- BROUWERS, A., & TOMIC, W. (2000). A longitudinal study of teacher burnout and perceived self-efficacy in classroom management. *Teaching and Teacher Education*, 16, 239-253.

- BROUWERS, A., EVERS, W. J. G. & TOMIC, W. (2001). Self-efficacy in eliciting social support and burnout among secondary-school teachers. *Journal of Applied Social Psychology, 31*, 1474-1491.
- BROWN, K. A. & MITCHEL, T. R. (1993). Organizational obstacles: links with financial performance, costumes satisfaction and job satisfaction in service environment. *Humans relations, 46* (6), 725-757.
- BROWNE, M. W. & CUDECK, R. (1989). Single sample cross-validation indices for covariance structures. *Multivariate Behavioral Research, 24*, 445-455.
- BUADES, E. (2001). *Calidad de servicio en hoteles de sol y playa*. Valencia: Agència Valenciana del Turisme, Síntesis.
- BUSSEY, K., & BANDURA, A. (in press). Social cognitive theory of gender development and differentiation. *Psychological Review*.
- CAMPBELL, A, GURIN, G, & MILLER, W. E. (1954). *The voter decides*. Evanston, IL: Row, Peterson.
- CARLSON, R. D. & GRABOWSKY, B. L. (1992). The effects of computer self-efficacy on direction-following behaviour in computer assisted instruction. *Journal of Computer-based Instructions, 19*, 6-11.
- CARNEVALE, P. J., & ISEN, A. M. (1986). The influence of positive affect and visual access on the discovery of integrative solutions in bilateral negotiation. *Organizational Behavior & Human Decision Processes, 37* (1), 1-13.
- CARROLL, W. R. & BANDURA, A. (1982). The role of visual monitoring in observational learning of action patterns: making the unobservable observable. *Journal of Motor Behavior, 14* (2), 153-167.
- CARROLL, W. R. & BANDURA, A. (1985). Role of timing of visual monitoring and the motor rehearsal in observational learning of action patterns. *Journal of Motor Behavior, 17* (3), 269-281.
- CARROLL, W. R. & BANDURA, A. (1987). Translating cognition into action: The role of visual guidance in observational learning. *Journal of Motor Behavior, 19*, 385-398.
- CARROLL, W. R. & BANDURA, A. (1990). Representational guidance of action production in observational learning: A causal analysis. *Journal of Motor Behavior, 22*, 85-97.
- CARRON, A. V. (1984). Cohesion in sport teams. In J. M. SILVA, III., & R. S. WEINBERG (eds.): *Psychological Foundations of Sport* (pp. 340-351). Champaign, IL: Human Kinetics Publications.
- CARTER, A. J., & WEST, M. A. (1999). Sharing the burden – teamwork in health care settings. In J. FIRTH-COZENS & R. PAYNE (eds.): *Stress in health professionals* (pp. 191-202). Chichester: Wiley.
- CERVONE, D., JIWANI, N. & WOOD, R. E. (1991). Goal setting and differential influence of self-regulatory processes on complex decision-making performance. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*, 257-266.
- CERVONE, D. & WOOD, R. E. (1995). Goals, feedback and the differential influence of self-regulatory processes on cognitively complex performance. *Cognitive Therapy and Research, 19*, 519-545.
- CHEN, C. C., GREENE, P. G., & CRICK, A. (1998). Does entrepreneurial self-efficacy distinguish entrepreneurs from managers? *Journal of Business Venturing, 13*, 295-316.



- CHENG, E. & HO, D. (2001). A review of training studies in the past decade. *Personnel Review*, 30 (1), 102-118.
- CHEN, H., WIGLAND, R. T. Y NILAN, M. S. (1999). Optimal experience of Web activities. *Computer in Human Behavior*, 15, 585-608.
- CHERNISS, C. (1980). Role of professional self-efficacy in the etiology and amelioration of burnout. In W. B. SCHAUFELI, C. MASLACH, & T. MAREK (eds.): *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 135-150). Washington, DC: Taylor-Francis.
- CHERNISS, C. (1993). The role of professional self-efficacy in the etiology of burnout. In W. B. SCHAUFELI, T. MORET & C. MASLACH (eds.): *Professional burnout: Recent developments in theory and research* (pp. 135-149). Washington, DC: Hemisphere.
- CHOU, H. W. (2001). Effects of training method y computer anxiety on learning performance y self-efficacy. *Computers in Human Behaviour*, 17, 51-60.
- CHUBON, R. A. (1994). *Social and Psychological Foundations of rehabilitation*. Illinois: Charles C. Thomas Publisher.
- CIFRE, E. (2000). Bienestar psicológico, características del trabajo y nuevas tecnologías: validación-ampliación del modelo vitamínico de Warr [CD-Rom]. *Tesis doctorals*. Curs 1998-1999. 2n semestre. Col·lecció CD «Magna», 2. Castellón: Universitat Jaume I.
- CIFRE, E., SALANOVA, M., LLORENS, S. & MARTÍNEZ, I.M. (2002). Antecedents and consequences of perceived collective efficacy among workteams: A causal model. *I Simposium sobre autoeficacia: Investigación y aplicaciones*. Castellón: Junio.
- CISNEROS, I., MEDINA, F., MUNDUATE, L. y DORADO, M. A. (2000). Consecuencias emocionales de la autoeficacia en situaciones de negociación. *Apuntes de Psicología*, 18 (1), 97-121.
- CLAUSEWITZ, C. (1968). *De la Guerra*. Madrid: Ediciones Ejército.
- CLEMENT, S. (1987). The self-efficacy expectations and occupational preferences of females and males. *Journal of Occupational Psychology*, 60, 257-265.
- COFFIN R. J. & MACINTYRE, P. D. (1999). Motivational influences on computer-related affective states. *Computers in Human Behavior*, 15, 549-569.
- COHEN, J. & COHEN, P. (1983). *Applied Multiple Regression/Correlation Analysis for the Behavioural Sciences*, 2<sup>nd</sup> ed. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- COLLEY, E. A., BRODZINSKI, J. D., SCHERER, R. F & JONES, P. D. (1994). The impact of cognitive appraisal, locus of control y level of exposure on the computer anxiety of novice computer users. *Journal of Educational Computing Research*, 10 (4), 329-340.
- COLLINS, J. L. (1982). Self-efficacy and ability in achievement behavior. Paper presented at the *annual meeting of the American Educational Research Association*, New York.
- CORDES, C. L., y DOUGHERTY, T. W. (1993). A review and an integration of research on job burnout. *Academy of Management Review*, 18, 621-656.
- COTTON, J. L. (1996). Employee involvement. In C. L. COOPER & I. T. ROBERTSON (eds.): *International review of industrial and organizational psychology* (Vol. 11, pp. 219-242). Chichester: Wiley.
- CRAIG, S. C. (1979). Efficacy, trust and political behavior: An attempt to resolve a lingering conceptual dilemma. *American Politics Quarterly*, 7, 225-239.

- CRONBACH, L. J. (1951): Coeficient alpha and internal structure of tests. *Psychometrika*, 16, 297-334.
- CSIKSZENTMIHALYI, M. (1990). *Flow. The psychology of optimal experience*. New York: Harper.
- CSIKSZENTMIHALYI, M. (1997). *Finding flow: The psychology of engagement with everyday life*. New York: Basic Books.
- DAVIS, F. D. (1993). User acceptance of information technology: systems characteristics, user perceptions and behavioural impacts. *International Journal of Man-Machine Studies*, 38, 475-487.
- DE DREU, C. K. W., & WEST, M. A. (2001). Minority dissent and team innovation: The importance of participation in decision making. *Journal of Applied Psychology*, 86 (6), 1191-1201.
- DE LA CRUZ, M. A. Y URDIALES, M. C. (1996). Estrés del profesor universitario. *Ansiedad y Estrés*, 2, 261-282.
- DEBOWSKI, S., WOOD, R. E. & BANDURA, A. (2001). Impact of guided exploration and inactive exploration on self-regulatory mechanisms and information acquisition through electronic search. *Journal of Applied Psychology*, 86, 1129-1141.
- DEBUSK, R. F, HOUSTON MILLER, N., SUPERKO, H. R., DENNIS, C. A., THOMAS, R. J., LEW, H. T., BERGER, W. E., HELLER R. S., ROMPF, J., GEE, D., KRAEMER, H. C., BANDURA, A., GHANDOUR, G., CLARK M., SHAH R. V., FISHER L., & TAYLOR, C. B. (1994). A case-management system for coronary risk factor modification after acute myocardial infarction. *Annals Of Internal Medicine*, 120, 721-729.
- DEMARBRE, V. (1994). Adherencia terapéutica: una asignatura pendiente en el campo de la psicología de la salud. *Anuario de Psicología*, 61, 71-77.
- DEMTSCHENKO, S. M. (2000). *Autoeficacia percibida, liderazgo y eficacia organizacional*. Tesis doctoral. Universidad de Salamanca.
- DERIJK, A. E., LE BLANC, P. & SCHAUFELI, W. B. (1998). Active coping y need for control as moderators of the job demy-control model: Effects on burnout. *Journal of Occupational Psychology*, 71, 1-18.
- DICKERSON, A. & TAYLOR, M. A. (2000). Self-limiting behavior in women. *Group and Organization Management*, 25 (2), 191-210.
- DÍEZ, E., FERNÁNDEZ, S., RIERA, C., SONIA, M., ALISTE, L., LUQUE, I., VILLAMARÍN, F., JUÁREZ, O., NEBOT, M. & COBO, E. (2002). Randommized cluster trial of Parlem Clar (Straight Talk), a high school HIV prevention program. Comunicación presentada en *la XIV International AIDS Conference*. Barcelona: junio de 2002.
- DÍEZ-NICOLÁS, L. (1995). *La realidad social en España 1993-94* (The Spanish Social Reality). Madrid: CIRES.
- DRENTH, P. J. D., THIERRY, H. & De WOLFF, C. J. (1998). What is Work and Organizational Psychology? In P. J. D. DRENTH, H. THIERRY & C. J. DE WOLFF (eds.): *Handbook of Work and Organizational Psychology*, vol. 1: *Introduction to Work and Organizational Psychology*. East Sussex: Psychology Press.
- DURHAM, C. C, KNIGHT, D, & LOCKE, E. A. (1997). Effects of leader role, team-set goal difficulty, efficacy, and tactics on team effectiveness. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 72, 203-231.

- DURNELL, A. & HAAG, Z. (2002). Computer self-efficacy, computer anxiety, attitudes towards the Internet and reported experience with the Internet, by gender, in an East European sample. *Computers in Human Behavior*, 18 (5), 521-536.
- DWECK, C. S. (1986). Motivational processes affecting learning. *American Psychologist*, 41 (10), 1040-1048.
- DWECK, C. S. & LEGGETT, E. L. (1988). A social-cognitive approach to motivation and personality. *Psychological Review*, 95 (2), 256-273.
- DWECK, C. S. (1996). Capturing the dynamic nature of personality. *Journal of Research in Personality*, 30 (3), 348-362.
- EARLEY, P. C. (1994). Self or group? Cultural effects of training on self-efficacy and performance. *Administrative Science Quarterly*, 39, 89-117.
- EASTON, D. & DENNIS, J. (1967). The child's acquisition of regime norms: Political efficacy. *The American Political Science Review*, 35, 25-38.
- EDEN, D. & AVIRAM, A. (1993). Self-Efficacy training to speed reemployment: helping people to help themselves. *Journal of Applied Psychology*, 78, 352-360.
- EDMONDSON, A. C. (1996). Learning from mistakes is easier said than done: Group and organisational influences on the detection and correction of human error. *Journal of Applied Behavioral Science*, 32 (1), 5-28.
- EDMONDSON, A. C. (1999). Psychological safety and learning behavior in work teams. *Administrative Science Quarterly*, 44, 350-383.
- EKBERG, K & WILDHAGEN, L. (1996). Long-term sickness absence due to musculoskeletal disorders: the necessary intervention of work conditions. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 28 (1), 39-47.
- ELDER, G. H., JR. (1995). Life trajectories in changing societies. In A. BANDURA (ed.): *Self-efficacy in changing societies* (pp. 46-68). New York: Cambridge University Press.
- ELIS, S. M. & LOOMIS, R. J. (2002). Utilizing need for the cognition and perceived self-efficacy to predict academic performance. *Journal of Applied Social Psychology*, 32 (8), 1687-1703.
- ELLIOT, E. S. & DWECK, C. S. (1988). Goals: An approach to motivation and achievement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 5-12.
- ERTMER, P. A., EVENBECK, E., CENNANO, K. S. & LEHMAN, J. D. (1994). Enhancing Self-efficacy for Computer Technologies Through the use of Positive Classroom Experiences. *Educational Technology Research & Development*, 42, 45-62.
- EVANS, R. (1989). *Albert Bandura: The man and his ideas – A dialogue*. New York: Praeger.
- EVANS, R. I. (1976). *The making of psychology*. New York: Knopf.
- FARRELL, A. M., SOUCHON, A. L. & DURDEN, G. R. (2001). Service encounter conceptualisation: Employees' service behaviours and customers' service quality perceptions. *Journal of Marketing Management*, 17, 577-593.
- FELTZ, D. L. & LIRGG, C. D. (1998). Perceived team and player efficacy in hockey. *Journal of Applied Psychology*, 83, 557-564.
- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R. (1998). Quality of Life: Concept and Assessment. In J. G. ADAIR, D. BÉLANGER, & K. L. DION (eds.): *Advances in Psychological Science* (pp. 387-406). East Sussex: Psychology Press.

- FERNÁNDEZ-BALLESTEROS, R., DíEZ-NICOLÁS J., CAPRARA GV., BARBARANELLI C. & BANDURA A. (2002). Determinants and structural relation of perceived personal efficacy to perceived collective efficacy. *Applied Psychology: an International Review*, 51, 107-125.
- FERRER PÉREZ, V. A. (1995). «Adherencia a» o «cumplimiento de» prescripciones terapéuticas y Salud. *Revista de Psicología de la Salud*, 7 (1), 35-61.
- FINKEL, S. E. (1985). Reciprocal effects of participation and political efficacy: A panel analysis. *American Journal of Political Science*, 29, 891-913.
- FLANAGAN, J. C. (1954). The critical incident technique. *Psychological Bulletin*, 51, 327-355.
- FRAYNE, C. A. & LATHAM, G. P. (1987). Application of social learning theory to employee self-management of attendance. *Journal of Applied Psychology*, 72 (3), 387-392.
- FREEMAN, M. A. & BORDIA, P. (2001). Assessing alternative models of individualism and collectivism: A confirmatory factor analysis. *European Journal of Personality*, 15, 105-121.
- FRIEDMAN, L. C., NELSON, D. V., WEBB, J. A., HOFFMAN, L. P. & BAER, P. E. (1994). Dispositional optimism, self-efficacy, and health beliefs as predictors of breast self-examination. *American Journal of Preventive Medicine*, 10 (30), 130-135.
- FRIES, J. F. & CRAPO, L. M. (1981). *Vitality and aging: Implications of the rectangular curve*. San Francisco: Freeman.
- FUCHS, V. (1974). *Who shall live? Health, economics, and social choice*. New York: Basic Books.
- GALTUNG, J. (1984). Foreign policy opinion as a function of social position. *Journal of Peace Research*, 3-4, 206-231.
- GARCÍA-MARTÍNEZ, J. (2000). Formación del profesorado, resolución de conflictos y prevención del estrés profesional docente. En L. GÓMEZ y J. CARRASCOSA (eds.): *Prevención del estrés profesional docente*. Valencia: Generalitat Valenciana.
- GARCÍA-RENEDO, M., LLORENS, S., SALANOVA, M. Y CIFRE, E. (2002). Antecedentes de la autoeficacia en profesores de instituto. *Sometido para su publicación*.
- GARRIDO, E. (1978). *Jacob Leví Moreno*. Psicología del encuentro. Madrid: Atenas.
- GARRIDO, E. (1983). Claves para la interpretación de la teoría psicológica de A. Bandura. En A. BANDURA: *Principios de modificación de conducta*. Salamanca: Sígueme.
- GARRIDO, E. (1987). Del aprendizaje social a la teoría cognitivo social. Prólogo a la traducción española de *Pensamiento y acción*. En A. BANDURA: *Pensamiento y Acción*. Barcelona: Martínez Roca.
- GARRIDO, E. (1993). Autoeficacia e intervención en problemas de familia. *Psychothema*, 14 (1), 55-66.
- GARRIDO, E. (2000). Autoeficacia en el mundo laboral. *Apuntes de Psicología*, 18, 1, 9-28.
- GARRIDO, E. (2000). *Bandura. Voluntad científica*. Salamanca: Universidad de Salamanca.
- GEORGE, J. M. (1992). Feeling good-doing good: A conceptual analysis of the mood at work: Organizational spontaneity relationship. *Psychological Bulletin*, 112 (2), 310-329.

- GIBSON, C. B. (1995). *Determinants and consequences of group-efficacy beliefs in work organizations in U.S., Honk Kong, and Indonesia*. Doctoral dissertation, University of California, Irvine.
- GIL-MONTE, P. y PEIRÓ, J. M. (1997). *Desgaste psíquico en el trabajo: El síndrome de quemarse*. Madrid: Síntesis Psicología.
- GIST, M. E. (1989). The influence of training methods on self-efficacy and ideas generation among managers. *Personnel Psychology*, 42, 787-805.
- GODOY, J. (1999). Psicología de la salud: delimitación conceptual. En M. A. SIMÓN (ed.): *Manual de Psicología de la Salud*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- GOLDENBERG, D. (1994). Psychiatric Illness and Fibromyalgia. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 2 (3), 41-49.
- GOLDENBERG, L., MOSSEY, C. J. & SMITH, C. H. (1995). A model assess severity and impact of fibromyalgia. *Journal of Rheumatology*, 22, 2313-2318.
- GÓMEZ, L. (ed.) (2000). Marco de intervención en la prevención del estrés y resolución de conflictos docentes. En L. GÓMEZ Y J. CARRASCOSA (eds.): *Prevención del estrés profesional docente*. Valencia: Generalitat Valenciana.
- GONZÁLEZ, J. (1990). Factors Relating to Frequency of Breast Self-examination among Low-income Mexican American Women. Implications for Nursing Prectice. *Cancer Nursing*, 13 (3), 134-142.
- GRANGER, C. V., KENNETH, J., OTTENBACHER, J. G., BAKER, J. G. & SEHGAL, A. (1995). Reliability of a brief outpatient functional outcome assessment measure. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 74, 469-475.
- GRANGER, C. V., KENNETH, J., OTTENBACHER, J. G., BAKER, J. G. & SEHGAL, A. (1995). Reliability of a brief outpatient functional outcome assessment measure. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 74, 469-475.
- GRAU, R., SALANOVA, M. Y PEIRÓ, J. M. (2000). Efectos moduladores de la autoeficacia en el estrés laboral. *Apuntes de Psicología*, 18 (1), 57-75.
- GRAU, R., AGUT, S., BURRIEL, M. Y SALANOVA, M. (2000). Obstáculos y facilitadores: estudio de su incidencia sobre el burnout en trabajadores de contacto con clientes. *XII Congreso Nacional de Seguridad y Salud en el trabajo*. Valencia.
- GRAU, R., AGUT, S., MARTÍNEZ, I. & SALANOVA, M. (en prensa). Gender differences on burnout-engagement among Spanish students.
- GRAU, R., SALANOVA, M. & PEIRÓ, J. M. (2001). Moderating effects of self-efficacy on occupational stress. *Psychology in Spain*, 5 (1), 63-74.
- GRAU, R. M., SALANOVA, M., AGUT, S. & BURRIEL, R. (2001). Organizational obstacles and facilitators: elaboration of a scale in users-contact employees. Presentación al *X Congreso Europeo de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*. Prague.
- GREEN, D. E., WALKEY, F. H., & TAYLOR, A. J. W. (1991). The three-factor structure of the Maslach burnout inventory. *Journal of Science Behaviour and Personality* 6, 453-472.
- GREEN, L. W. & KREUTER, M. W. (1991). *Health Promoting Planning. An Educational and Enviromental Approach*. Mountain View, CA: Mayfield Publishing Company.
- GRIFFIN, M. A., PATTERSON, M. G., & WEST, M. A. (in press). Job satisfaction and teamwork: The role of supervisory support. *Journal of Organizational Behavior*.

- GULLY, S. M., INCALCATERRA, K. A., JOSHI, A. & BEAUBIEN, J. M. (2002). A meta-analysis of team-efficacy, potency, and performance: Interdependence and level of analysis as moderators of observed relationships. *Journal of Applied Psychology*, *87*, 819-832.
- GUZZO, R. A., YOST, P. R., CAMPBELL, R. J., y SHEA, G. P. (1993). Potency in groups: Articulating a construct. *British Journal of Social Psychology*, *32*, 87-106.
- GUZZO, R. A. (1996). Fundamental considerations about workgroups. In M. A. WEST & J. L. FARR (eds.): *Handbook of workgroup psychology* (pp. 3-24). Chichester: Wiley.
- GUZZO R. A. & DICKSON, M. W. (1996). Teams in organizations: recent research on performance and effectiveness. *Annual Review of Psychology*, *47*, 307-338.
- HACCOUN, R. R. & SAKS, A. M. (1998). Training in the 21<sup>st</sup> Century: Some Lessons from the Last One. *Canadian Psychology*, *12*, 33-51.
- HACKETT, G. & BETZ, N. (1981). A self-efficacy approach to the career development of women. *Journal of Vocational Behavior*, *18*, 326-339.
- HACKETT, G. (1995). Self-efficacy in career choice and development. In A. BANDURA (ed.): *Self-efficacy in changing societies* (pp. 232-258). New York: Cambridge University Press.
- HACKETT, G. (1999). Autoeficacia en la selección y el desarrollo profesional. En A. BANDURA (ed.): *Autoeficacia: cómo afrontar los cambios de la sociedad actual*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- HACKMAN, J. R., & OLDHAM, G. (1980). *Work redesign*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- HACKMAN, J. R. (1990). Group influences on individuals in organizations. In M. D. DUNNETTE & L. M. HOUGH (eds.): *Handbook of industrial and organizational psychology* (Vol. 3, pp. 199-267). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- HARTLEY, J., JACOBSON, D., GREENHALG, L., SUTTON, R., KLANDERMANS, B., & VAN VUUREN, T. (eds.) (1991). *Job insecurity: Coping up with risks*. London: Sage Publications.
- HARTLINE, M. D. & JONES, K. C. (1996). Employee performance cues in a hotel service environment: Influence on perceived service quality, value, and word-of-mouth intentions. *Journal of Business Research*, *35*, 207-215.
- HASKELL, W. L., ALDERMAN, E. L., FAIR, J. M., MARON, D. J., MACKAY, S. F., SUPERKO, H. R., WILLIAMS, P. T., JOHNSTONE, I. M., CHAMPAGNE, M. A., KRAUSS, R. M. & FARQUHAR, J. W. (1994). Effects of intensive multiple risk factor reduction on coronary atherosclerosis and clinical cardiac events in men and women with coronary artery disease. *Circulation*, *89*, 975-990.
- HAYNES, R. B. (1979). Strategies to improve compliance with referrals, appointments, and prescribed medical regimens. In R. B. HAYNES, D. W. TAYLOR & D. L. SACKETT (eds.): *Compliance with health care*. Baltimore: J. Hopkins University Press.
- HECKHAUSEN, J. (1997). Developmental regulation across adulthood. Primary and secondary control of age-related challenges. *Developmental Psychology*, *33*, 173-187.
- HEINISCH, D. C. & JEX, S. M. (1997). Negative affectivity y gender as moderators of the relationship between work-related stressors y depressed mood at work. *Work & Stress*, *11*, 46-57.
- HODGES, L., & CARRON, A. V. (1992). Collective efficacy and group performance. *International Journal of Sport Psychology*, *23*, 48-59.



- HOLDEN, G., MONCHER, M. S., SCHINKE, S. P., & BARKER, K. M. (1990). Self-efficacy of children and adolescents: A meta-analysis. *Psychological Reports, 66*, 1044-1046.
- HOLDEN, G. (1991). The relationship of self-efficacy appraisals to subsequent health related outcomes: A meta-analysis. *Social Work in Health Care, 16*, 53-93.
- HOLTON, R. (2000). Globalization's cultural consequences. *Annals, AAPSS, 570*, 140-152.
- HOOVER-DEMPSEY, K. V., BASSLER, O. C., & BRISSIE, J. S. (1987). Parent involvement: Contributions of teacher efficacy, school socioeconomic status, and other school characteristics. *American Educational Research Journal, 24*, 417-435.
- HOOVER-DEMPSEY, K. V., BASSLER, O. C., & BRISSIE, J. S. (1992). Parent efficacy, teacher efficacy, and parent involvement: Explorations in parent-school relations. *Journal of Educational Research, 85*, 287-294.
- HOYLE, R. H. (1995). The structural equation modeling approach: Basic concepts and fundamental issues. In R. H. HOYLE (ed.): *Structural equation modeling, concepts, issues, and applications*, (pp. 1-15). Thousand Oaks, CA: Sage.
- HRNCIR, E. J., SPELLER, G. M., & WEST, M. A. (1985). What are we testing? *Developmental Psychology, 21* (2), 226-232.
- IGBARIA, M. & CHAKRABARTI, A. (1990). Computer anxiety and attitudes towards computer use. *Behavior & Information Technology, 9* (3), 229-241.
- IGBARIA, M. (1993). User Acceptance of Microcomputer Technology: An Empirical Test. *OMEGA International Journal of Management Science, 21* (1), 73-90.
- JACCARD, J., TURRISI, R. & WAN, C. K. (1990). *Interaction effects in multiple regression*. Newbury Park, CA: Sage.
- JACOBS, J. A. (1989). *Revolving doors: Sex segregation and women's careers*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- JENKINSON, C., LAYTE R., COULTER, A. & WRIGHT, L. (1996). Evidence for the sensitivity of the SF-36 health status measure to inequalities in health: results from the Oxford healthy lifestyles survey. *Journal of epidemiology and Community Health, 50*, 377-380.
- JENSEN, M. P., TURNER, L. R., TURNER, J. A. & ROMANO, J. M. (1996). The use of multiple-item scales for pain intensity measurement in chronic pain patients. *Pain, 67* (1), 35-40.
- JERUSALEM, M. & SCHWARZER, R. (1992). Self-efficacy as a resource factor in stress appraisal processes. In R. SCHWARZER (ed.): *Self-efficacy: Thought Control of Action*. Wasinghton, DC: Hemisphere.
- JEX, S. M. & GUDANOWSKI, D. M. (1992). Efficacy beliefs and work stress: A exploratory study. *Journal of Organizational Behaviour, 13*, 509-517.
- JEX, S. M. & BLIESE, P. D. (1999). Efficacy beliefs as a moderator of the impact of work-related stressors: A multinivel study. *Journal of applied psychology, 84*, 349-361.
- JEX, S. M. & ELACQUA, T. C. (1999). Self-esteem as a moderator: A comparison of global and organization-based measures. *Journal of Occupational and Organizational Psychology, 72*, 71-81.
- JEX, S. M., BLIESE, P. D. BUZZELL, S. & PRIMEAU, J. (2001). The impact of Self-Efficacy on Stresor-Strain Relations: Coping Style as an Exploratory Mechanism. *Journal of Applied Psychology, 86* (3), 401-409.
- JEX, S. M., BLIESE, P. D., BUZZELL, S. & PRIMEAU, J. (2001). The impact of Self-Efficacy on Stresor-Strain Relations: Coping Style as an Explanatory Mechanism. *Journal of Applied Psychology, 86* (3), 401-409.

- JONES, G. R. (1986). Socialization tactics, self-efficacy, and newcomers' adjustment to organizations. *Academy of Management Journal*, 29, 262-279.
- JONES, P. E. & WALL, R. E. (1990). Components of computer anxiety. *Journal of Educational Technology Systems*, 18 (3), 161-168.
- JOO, Y. J., BONG, M. & CHOI, H. J. (2000). Self-efficacy for self-regulated learning, academic self-efficacy, and Internet self-efficacy in Web-based instruction. *Educational Technology Research and Development*, 48, 5-18.
- JOURDEN, F. J., BANDURA, A. & BANFIELD, J. T. (1991). The impact of conceptions of ability on self-regulatory factors and motor skill acquisitions. *Journal of Sports and Exercise Psychology*, 13 (3), 213-226.
- JUÁREZ, O., DíEZ, E., CERDÁ, N., NEBOT, M. Y VILLAMARÍN, F. (1997). Determinantes y conductas preventivas en relación al VIH entre los adolescentes escolarizados de Barcelona. Comunicación presentada en el VII Congreso de la Sociedad Española de salud Pública y Administración Sanitaria. Pamplona, noviembre de 1997.
- JUDGE, T. & BONO, J. E. (1999). Relationship of core self-evaluations with job satisfaction and job performance: A meta-analysis. Comunicación presentada en el 14 Annual Conference de la Society for Industrial and Organizational Psychology, Atlanta, GA, 29 abril-2 mayo 1999.
- KAGAN, A. R. & STECKEL, R. J. (1991). Routine Imaging Studies for the Posttreatment Surveillance of Breast and Colorectal Carcinoma. *Journal Clinical Oncology*, 9, 837-842.
- KAPLAN, R. M., ATKINS, C. J. & REINCHS, S. (1984). Specific efficacy expectations mediate exercise compliance in patients with COPD. *Health Psychology*, 15, 234-248.
- KARASEK, R. A. (1979). Job demands, job decision, latitude and mental strain: implications for job redesign. *Administrative Science Quarterly*, 24, 285-308.
- KARASEK, R. A., & THEORELL, T. (1990). *Health work: Stress, productivity, and the reconstruction of working life*. New York: Basic Books.
- KAROLY, P. & JENSEN, M. P. (1987). *Multimethod assessment of chronic pain*, Oxford: Pergamon Press.
- KAVANAGH, D. (1992). Self-efficacy y depression. In R. SCHWARZER (ed.): *Self-efficacy: Thought control of action*. Bristol: Taylor y Francis.
- KAZDIN, A. E. (1978). Conceptual and assessment issues raised by self-efficacy theory. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 1, 177-185.
- KELLEY, C. L. & CHARNESS, N. (1995). Issues in training older adults to use computers. *Behaviour and Information Technology*, 14 (2), 107-120.
- KELLEY, H. H. (1992). Common-Sense psychology and scientific psychology. *Annual Review of Psychology*, 43, 1-23.
- KERSH, B., BRADLEY, L., ALARCÓN, G., ALBERTS, K., SOTOLONGO, A., MARTÍN, S., AARON, L., DEWAAL, D., DOMINO, M., CHAPLIN, W., PALARDY, N., CIANFRINI, L. & TRIANA-ALEXANDER, M. (2001). Psychosocial and health status variables independently predict health care seeking in fibromyalgia. *Arthritis Care and Research*, 45 (4), 362-371.
- KIEBZAK, G. M., VAIN, P. A., GREGORY, A. M., MOKRIS, M. D. & MAUERHAN, D. R. (1997). SF-36 General Health Status Survey to determine patient satisfaction at Short-term follow up after total hip and knee Arthroplasty. *Journal of the Southern Orthopaedic Association*, 6 (3), 169-172.



- KIM, U. & PARK, Y. S. (1999). The development of Korean adolescents' psychological and behavioural make-up: The influence of family, school, friends, and society. *Korean Journal of Educational Psychology*, 13, 99-142.
- KISH, L. (1965). *Survey SamDlinR*. New York: Wiley.
- KLONOFF, E. H. & LANDRINE, H. (1995). The exchedule of sexist events: A measure of lifetime and recent sexist discrimination in women's lives. *Psychology of women Quarterly*, 19, 439-472.
- KONOVSKY, M. A., & PUGH, S. D. (1994). Citizenship and social exchange. *Academy of Management Journal*, 37, 656-669.
- KORN, J. H., DAVIS, R., & DAVIS, S. F. (1991). Historians' and Chaispersons' judgements of eminence among psychologist. *American Psychologist*, 46, 789-792.
- KORUNKA, C. & VITOUCH, O. (1999). Effects of information technology implementations on employee's strain and job satisfaction: a context-dependent. *Work & Stress*, 13, 341-363.
- KURTZ, M. E., GIVEN, B., GIVEN, C. W., & KURTZ, J. C. (1993). Relationships of barriers and facilitators to breast self-examination, mammography, and clinical breast examination in a worksite population. *Cancer Nursing*, 16, 251-259.
- LACKNER, J. M.; CAROSELLA, A. M. & FEUERSTEIN, M. (1996). Pain Expectancies, Pain and Functional Self-Efficacy Expectancies as determinants of disability patients with Chronic Low back disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64 (1), 212-220.
- LANE, J. & LANE, A. (2001). Self-efficacy and academic performance. *Social Behavior & Personality: An International Journal*, 29 (7), 687-794.
- LATHAM, G. P. Y LEE, T. W. (1986). Goal setting. In E. LOCKE (ed.): *Generalizing from laboratory to field settings* (pp. 101-107). Lexington, MA: Lexington Books.
- LATHAM, G. P., & FRAYNE, C. A. (1989). Self-management training for increasing job attendance: A follow-up and replication. *Journal of Applied Psychology*, 74 (3), 411-416.
- LAZARUS, R. & FOLKMAN, S. (1984). *Stress, Apraisal and Coping*. Nueva York: Springer Publishing Company. Traducción: *Estrés y Procesos Cognitivos*. Barcelona, Martínez roca: 1986.
- LEE, C. M., MILLER, W. F., HANCOCK, M. G. & ROWEN, H. S. (eds.) (2000). *The Silicon Valley edge: A habitat for innovation and entrepreneurship*. Stanford: University Press.
- LEE, R. T. y ASHFORTH, B. E. (1996). A meta-analytical examination of the correlates of the three dimensions of job burnout. *Journal of Applied Psychology*, 81, 123-133.
- LEITER, M. P. (1991). Coping patters as predictors of burnout: The funtion of control and escapist coping patters. *Journal of Organizational Behavior*, 12, 123-144.
- LEITER, M. P. (1992). Burnout as a crisis in self-efficacy: Conceptual and practical implications. *Work & Stress*, 6, 107-115.
- LEITER, M. P. & SCHAUFELI, W. B. (1996). Consistency of the burnout construct across occupations. *Anxiety, Stress and Coping*, 9, 229-243.
- LENT, R., BROWN, S., & LARKIN, K. (1984). Relation of self efficacy expectations to academic achievement and persistence. *Journal of Counseling Psychology*, 31, 356-362.

- LENT, R. W., BROWN, S. D. & HACKETT, G. (1994). Toward a unifying social cognitive theory of career and academic interest, choice, and performance. *Journal of Vocational Behaviour*, 45, 79-122.
- LESO, R. & PECK, K. L. (1992). *Computer anxiety y different types of computer courses*. *Journal of Educational Computing Research*, 8 (4), 469-478.
- LEV, E. L. & OWEN, S. V. (1996). A measure of self-care self-efficacy. *Research in Nursing and Health*, 19, 495-506.
- LEV, E. L. (1997). Bandura's theory of self-efficacy: Applications to oncology. *Scholar Inquiry for Nursing Practice: An International Journal*, 11 (1), 21-37.
- LEVENTHAL, H., NERENZ, D. R. & STEELE, D. J. (1984). Illness representations and coping with health threats. En A. BAUM, J. E., SINGER & S. E. TAYLOR (eds.): *Handbook of Psychology and Health*. Hillsdale NJ: Erlbaum.
- LEVINE, J. M. y MORELAND, R. L. (1998). Small groups. In D.T. GILBERT, S. T. FISKE y G. LINDZEY (eds.): *The handbook of social psychology* (4th ed., pp. 415-469). Boston, MA: McGraw-Hill.
- LIMONERO, J., PRIETO, L. Y VILLAMARÍN, F. (1991). Evolución de la autoeficacia y las expectativas de resultados durante la aplicación de un programa para dejar de fumar. *III Congreso de Evaluación Psicológica*. Barcelona, septiembre de 2001.
- LINDSLEY, D. H., MATHIEU, J. E., HEFFNER, T. S., & BRASS, D. J. (1994, April). Team efficacy, potency, and performance: A longitudinal examination of reciprocal processes. Paper presented at the Society of Industrial-Organizational Psychology, Nashville, TN.
- LINDSLEY, D. H., BRASS, D. J. & THOMAS, J. B. (1995). Efficacy performance spirals: A multilevel perspective. Comments. Special Issue Interventions with groups in Organizations. *Academy of management Review*, 20, 645-678.
- LIPSET, S. M. (1966). University students and politics in underdeveloped countries. *Comparative Education Review*, 10, 132-162.
- LITTLE, B. L., & MADIGAN, R. M. (1994). *Motivation in work teams: A test of the construct of collective efficacy*. Paper presented at the annual meeting of the Academy of Management, Houston, TX.
- LLORENS, S., GARCÍA, M., CIFRE, E., Y SALANOVA, M. (2003). Burnout and Engagement as antecedents of self efficacy in Secondary teachers: a longitudinal study. Paper presented to *11th European Congress on work and Organizational Psychology*. 14-17 May, Lisbon.
- LOCKE, E., FREDERICK, E., LEE, C. & BOBKO, P. (1984). Effect of self-efficacy, goals and task strategies on task performance. *Journal of Applied Psychology*, 69, 241-251.
- LOCKE, E. A., & LATHAM, G. P. (1996). Goal setting theory: An introduction. In R. M. STEERS, L. W. PORTER & G. A. BIGLEY (eds.): *Motivation and leadership at work* (6th ed., pp. 95-121). Boston: McGraw-Hill.
- LÓPEZ-ROIG, S, NEIPP, M. C, PASTOR, M. A, TEROL, M. C., Y CASTEJÓN, J. (1999). Afrontamiento del cáncer: Una revisión empírica. *Revista Psicología de la Salud*, 11 (1-2), 141-173.
- LUNDEEN, M. (1991). Health care system utilization for chronic facial pain. *Journal of Craniomandibular disorders: Facial and Oral Pain*, 5, 280-285.

- MACIÁ, D., MÉNDEZ, F. X. Y OLIVARES, J. (1991). Intervención comportamental-educativa para la salud en atención primaria. *Revista de Psicología de la Salud*, 3, 119-145.
- MACY, B. A., & IZUMI, H. (1993). Organizational change, design and work innovation: A meta-analysis of 131 North American field studies 1961-1991. *Research in Organizational change and development* (Vol. 7, pp. 235-313). Greenwich, CT: JAI Press.
- MADDUX, J. E. (1995). *Self-efficacy orientation and adjustment: Theoretical research and application*. New York: Plenum Press.
- MAIBACH, E., FLORA, J., & NASS, C. (1991). Changes in self-efficacy and health behaviour in response to a minimal contact community health campaign. *Health Communication*, 3, 1-15.
- MAIBACH, E. & MURPHY, D. A. (1995). Self-efficacy in health promotion research y practice: Conceptualization y measurement. *Health-Education-Research*, 10 (1), 37-50.
- MAJCHRZAK, A., Y BORYS, B. (1998). Computer-aided technology y work: moving the field forward. In C. L. COOPER & I. T. ROBERTSON (eds.): *International Review of Industrial y Organizational Psychology*, 13, 305-354.
- MARKMAN, G. D. & BARON, R. A. (1999). Cognitive mechanisms: Potential differences between entrepreneurs and non-entrepreneurs. Paper presented at the *Babson College/Kauffman Foundation Entrepreneurship Conference*.
- MARMOT, M., SIEGRIST, J., THEORELL, T., & FEENEY, A. (1999). Health and the psychosocial environment at work. In M. MARMOT & R. G. WILKINSON (eds.): *Social Determinants of Health* (pp.105-131). New York: Oxford University Press.
- MARSH, H. W. (1989). Confirmatory factor analysis of multitrait-multimethod data: Many problems and a few solutions. *Applied Psychological Measurement*, 13, 335-361.
- MARSH, H. W., & GRAYSON, D. (1995). Latent variable models of multitrait-multimethod data. In R. H. HOYLE (ed.): *Structural Equation Modeling Concepts. Issues. and Applications* (pp. 177-198). Thousand Oaks, CA: Sage.
- MARSH, H. W., BALLA, J. R. & HAU, K. T. (1996). An evaluation of Incremental Fit Indices: A clarification of mathematical and empirical properties. In G. A. MARCOULIDES & R. E. SCHUMACKER (eds.): *Advanced structural equation modeling, issues and techniques* (pp. 315-353). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- MARTÍN-ARAGÓN, M., PASTOR, M. A., LÓPEZ-ROIG, S., RODRÍGUEZ-MARÍN, J., Y TEROL, M. C. (1997). *Escala de Autoeficacia General: Validación preliminar*. Trabajo presentado en el *VI Congreso de Psicología Social*. San Sebastián, España.
- MARTÍN-ARAGÓN M., PASTOR, M. A, RODRÍGUEZ-MARÍN, J., MARCH, M. J., LLEDÓ, A., LÓPEZ-ROIG, S. Y TEROL, M. C. (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.
- MARTÍN-ARAGÓN, M., PASTOR, M. A., LLEDÓ, A., LÓPEZ-ROIG, S., PONS, N., Y TEROL, M. C. (2000). Creencias de control y síndrome fibromiálgico: Una revisión. *Revista de Psicología de la Salud*, 12 (1), 75-91.
- MARTÍNEZ, I., MARQUÉS-PINTO, A., SALANOVA, M. Y LOPES DA SILVA., A. (2002). *Burnout* en estudiantes universitarios de España y Portugal. *Ansiedad y Estrés*, 8 (1), 13-23.
- MARTÍNEZ, I. M. y SALANOVA, M. (2003). Niveles de *burnout* y *engagement* en estudiantes universitarios. Relación con el desempeño y desarrollo profesional. *Revista de Educación*, 330, 361-384.

- MARTÍNEZ, I. M., SALANOVA, M., LLORENS, S. Y CIFRE, E. (2003). Papel del bienestar psicológico sobre la autoeficacia en grupos de trabajo asistido por ordenador. Un estudio experimental longitudinal. *VIII Congreso de Psicología Social*. 9-11 abril 2003. Torremolinos.
- MASLACH, C. & JACKSON, S. E. (1981). *MBI: Maslach Burnout Inventory*. Manual Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- MASLACH, C. Y JACKSON, S. (1981). The measurement of experience burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99-113.
- MASLACH, C. & JACKSON, S. E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behaviour*, 2, 99-113.
- MASLACH, C. & LEITER, M. P. (1997). *The truth about burnout*. San Francisco, CA: Jossey Bass.
- MASLACH, C., SCHAUFELI, W. B., & LEITER, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397-422.
- MATSUI, T., IKEDA, H. & OHNISHI, R. (1989). Relations of sex-typed socializations to career self-efficacy expectations of college students. *Journal of Vocational Behavior*, 35, 1-16.
- MATSUI, T. & ONGLATCO, M. L. (1992). Career self-efficacy as a moderator of the relation between occupational stress and strain. *Journal of Vocational Behavior*, 41, 79-88.
- MATSUMOTO, D., KUDOH, T., & TAKEUCHI, S. (1996). Changing patterns of individualism and collectivism in the United States and Japan. *Culture & Psychology*, 2, 77-107.
- MCCARTHY, W. J., & NEWCOMB, M. D. (1992). Two dimensions of perceived self-efficacy: Cognitive control and behavioral coping ability. In R. SCHAWZER (ed.): *Self-Efficacy. Thought control of action* (pp. 39-87). Bristol: Taylor y Francis.
- McFARLANE, A. C. & BROOKS, P. M. (1997). The assessment of disability and handicap in musculoskeletal disease. *Journal of Rheumatology*, may, 24 (5), 985-989.
- MEICHENBAUM, D. & TURK, D. C. (1987). *Facilitating treatment adherence: A practitioner's guidebook*. New York: Plenum Press.
- MELONE, N. P. (1990). A Theoretical Assessment of the User-Satisfaction Construct in Information Systems Research. *Management Science*, 36 (1), 76-91.
- MEYEROWITZ B. E., CHAIKEN S. (1987). The effect of message framing on breast self-examination attitudes intentions and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 500-510.
- MILLER, N. E. & DOLLARD, J. (1941). *Social Learning and Imitation*. New Haven: Yale University Press.
- MILLER, R. J. Y HAFNER, R. J. (1991). Medical Visits and Psychological Disturbance in Chronic Low Back Pain. *Psychosomatics*, 32 (3), 309-316.
- MIRANDA, J., PÉREZ-STABLE, E. J., MUÑOZ, R. F., HARGREAVES, W. & HENKE, C. J. (1991). Somatization, psychiatric disorder, and stress in utilization of ambulatory medical services. *Health Psychology*, 10 (1), 46-51.
- MORENO, B., GARROSA, E., Y GONZÁLEZ, J. L. (2000). La evaluación del estrés y el burnout en profesorado: el CBP-R. *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 16 (2), 152-171.
- MORENO, J. L. (1955). *Preludes to my autobiography*. New York: Beacon House.

- MULLEN, B. & COOPER, C. (1994). The relation between group cohesiveness and performance: An integration. *Psychological Bulletin*, 115, 210-227.
- MULTON, K. D., BROWN, S. D. & LENT, R. W. (1991). Relation of self-efficacy beliefs to academic outcomes: A meta-analytic investigation. *Journal of Counselling Psychology*, 38, 30-38.
- MULVEY, P. W. & KLEIN, H. J. (1998). The impact of perceived loafing and collective efficacy on group goal processes and group performance. *Organizational behavior and human decisions processes*, 74, 1, 62-87.
- MURPHY, C. A., COOVER, D. & OWEN, S. (1989). Development and validation of the Computer Self-Efficacy Scale. *Educational and Psychological Measurement*, 49, 893-899.
- MURPHY, K. R., & CLEVELAND, J. N. (1995). *Understanding performance appraisal*. Thousand Oaks, California: Sage Publications.
- NEAL, A., WEST, M. A., & PATTERSON, M. G. (2001). *Does organizational climate enhance or compensate for the effect of human resource management practices?* Birmingham: Aston Business School Working Paper, number RP0003.
- NICHOLSON, N., & WEST, M. A. (1988). *Managerial job change: Men and women in transition*. Cambridge: University Press.
- NORDIN, I. (1999). The limits of medical practice. *Theoretical Medicine and Bioethics*, 20, 105-123.
- NUNNALLY, J. C. & BERNSTEIN, I. H. (1994). *Psychometric theory*, 3rd ed. New York: McGraw-Hill.
- NÚÑEZ M. A., y GARCÍA-MONTAÑO, J. M. (1994). *CEPPU. Cuestionario para la Estimación del Potencial Psicológico de Unidad*. Documento no publicado. Madrid: Ministerio de Defensa.
- ÖHMAN, A. & BIRBAUMER, N. (1993). Psychophysiological and cognitive-clinical perspectives on emotion: Introduction and overview. In N. BIRBAUMER & A. ÖHMAN (eds.): *The structure of emotion. Psychophysiological, cognitive and clinical aspects* (pp. 3-17). Seattle: Hogrefe & Huber Publishers.
- OLAZ, F. O. (2001). *La Teoría Social Cognitiva de la Autoeficacia. Contribuciones a la Explicación del Comportamiento Vocacional*. Tesis de licenciatura. Facultad de Psicología. UNC Argentina.
- OMS (1978). Atención primaria de la Salud. *Informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud Alma-Ata*. Ginebra: OMS.
- ORGAN, D. W., & RYAN, K. (1995). A meta-analytic review of attitudinal and dispositional predictors of organizational citizenship behavior. *Personnel Psychology*, 48, 775-802.
- ORTEGA Y GASSET, J. (1969). ¿Qué es Filosofía? *Obras completas*. Vol VII. (pp. 275-437). Madrid: Revista de Occidente.
- OVERHOLSER, J. & BECK, S. (1985). Assessing generalization of treatment effects and self-efficacy in the modification of eating styles in obese children. *Addictive Behavior*, 10, 145-152.
- OZER, E. M. & BANDURA, A. (1990). Mechanisms governing empowerment effects: A self-efficacy analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 472-486.

- PAJARES, F. & VALIANTE, G. (1997). The predictive and mediational role of the writing self-efficacy beliefs of upper elementary students. *Journal of Educational Research*, 90, 353-360.
- PAJARES, F., MILLER, M. D. & JOHNSON, M. J. (1999). Gender differences in writing self-beliefs of elementary school students. *Journal of Educational Psychology*, 91, 50-61.
- PAJARES, F. (2003). Self-efficacy beliefs, motivation, and achievement in writing: A review of the literature. *Reading and Writing Quarterly*, 19 (2), 139-159.
- PASTOR, M. A. (1995a). El dolor. En J. M. LATORRE (ed.): *Colección «Manuales de Enfermería». Ciencias Psicosociales Aplicadas II* (pp. 109-119). Madrid: Síntesis.
- PASTOR, M. A. (1995b). Evaluación y tratamiento psicológico del dolor. En J. M. LATORRE (ed.). *Colección «Manuales de Enfermería». Ciencias Psicosociales Aplicadas II* (pp. 125-132). Madrid: Síntesis.
- PASTOR, M. A., MARTÍN-ARAGÓN, M. Y LLEDÓ, A. (1999). Expectativas de autoeficacia y estado de salud en enfermos con dolor crónico: una revisión. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 9 (2), 111-125.
- PASTOR, M. A., LÓPEZ-ROIG, S., RODRÍGUEZ-MARÍN, J., MARTÍN-ARAGÓN, M., TEROL, M. C., Y PONS, N. (1999). Percepción de control, impacto de la enfermedad y ajuste emocional en enfermos crónicos. *Ansiedad y Estrés*, 5 (2-3), 299-311.
- PATTERSON, M. G., LAWTHOM, R., WEST, M. A., MAITLIS, S., & STANFORTH, D. (1996). *What is it like to work here? The climate of UK manufacturing*. Sheffield: University of Sheffield, Institute of Work Psychology, and London: London School of Economics and Political Science, Centre for Economic Performance.
- PATTERSON, M. G., WEST, M. A., & WALL, T. D. (in press). Integrated manufacturing and company performance. *Journal of Organizational Behavior*.
- PATTERSON, M. G., WEST, M. A., LAWTHOM, R., & NICKELL, S. (1997). *Impact of people management practices on business performance*. London: Institute of Personnel and Development, Issues in People Management, No. 22.
- PEIRÓ, J. M. (1993). *Desencadenantes del estrés laboral*. Madrid: Euwema.
- PENNINX, B. W. J. H., TILBURG, T. V., BOEKE, A. J., DEEG, D. J. H., KRIEGSMAN, D. M. W., & VAN EIJK, J. M. (1998). Effects of social support and personal coping resources on depressive symptoms: Different for various chronic diseases? *Health Psychology*, 17 (6), 551-558.
- PHILLIPS, D. A. & ZIMMERMAN, M. (1990). The developmental course of perceived competence and incompetence among competent children. In R. J. STERNBERG y J. KOLLIGIAN (eds.). *Competence considered*. New Haven: Yale University Press.
- PINTRICH, P. R. & SCHUNK, D. H. (1995). *Motivation in education: Theory, research, and Applications*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- POLLOCK, P. H. (1983). The participatory consequences of internal and external political efficacy. *Western Political Quarterly*, 36, 400-409.
- POULIN, J. E. & WALTER, C. A. (1993). Burnout in gerontological social work. *Social Work*, 38, 305-310.
- PROYECTO EPISER, (2000). *Prevalencia de lumbalgía, osteoporosis, artritis, lupus eritematoso sistémico, artrosis de rodilla y manos y fibromialgia en población española*. Resumen de resultados. <http://www.ser.es/proyectos/episer-resultados.html>.



- PRUSIA, G. E., & KINICKI, A. J. (1996). A motivational investigation of group effectiveness using social cognitive theory. *Journal of Applied Psychology, 81*, 187-198.
- PUTNAM, R. (2000). *Bowling alone*. New York: Touchstone.
- RAMDIN, T. E. (2001). Identification of factors which facilitate and hinder the career adjustment of women engineers. Canadian Coalition of women in Engineering, Science, Trades and Technology. <http://www.ccwest.org/libraris/manuscripts/Ramdin-conf-paper.html>
- RAMOS, J., COLLADO, G., MARZO, J., SUBIRATS, M. Y MARTÍN, P. (2001). Calidad de servicios percibida por gerentes, empleados y clientes de hoteles y restaurantes. *Revista de Psicología Social y Aplicada, 11*, 49-68.
- RESKIN, B. F. (1991). Bringing the men back in: Sex differentiation and the devaluation of women's work. In J. LORBER & S. A. FARRELL (eds.): *The social construction of gender* (pp. 141-161). Newbury Park, CA: Sage Publications.
- RIMAL, R. N. (2000). Closing the knowledge-behavior gap in health promotion: The mediating role of self-efficacy. *Health Communication, 12*, 219-237.
- RIMAL, R. N. (2001). Perceived risk and self-efficacy as motivators: Understanding individuals' long-term use of health information. *Journal of Communication, 633-654*.
- RITTER, B. (1968). The group desensitization of children's snake phobias using vicarious and contact desensitization procedures. *Behavior Research and Therapy, 6*, 1-6.
- RITTER, B. (1969). Eliminating excessive fears of the environment through contact desensibilization procedures. In J. B. KRUMBOLTZ & C. E. THORENSEN (eds.): *Behavioural Counseling: Cases and techniques*. New York: Holt, Rinehart and Winston.
- ROBERTS, J. M. (1995). *The Penguin History of the World*. Harmondsworth, UK: Penguin Books.
- RODRÍGUEZ-MARÍN, J. (1991). Psicología de la salud: situación en la España actual. *Revista de Psicología de la Salud, 3*, 55-91.
- RODRÍGUEZ-MARÍN, J. (1993). Calidad de vida en enfermos crónicos: definición y evaluación. En V. PELECHANO (eds.): *Psicología, Mitopsicología y Postpsicología*, Valencia: Promolibro, colección «Alfaplus».
- ROSENBAUM, M., & SMIRA, K. B. (1986). Cognitive and personality factors in the devaly of gratification of hemodialysis patients. *Journal of Personality and Social Psychology, 51*, 357-364.
- ROTHWELL, P. M., MCDOWELL, Z., WONG, C. K. & DORMAN, P. J. (1997). Doctors and patients don't agree: cross sectional study of patients' and doctors' perceptions and assessments of disability in multiple sclerosis. *B. M. J., 314*, 1580-1583.
- ROUSSEAU, G. K., JAMIESON, B. A., ROGERS, W. A., MEAD, S. E. & SIT, R. A. (1998). Assessing the usability of on-line library systems. *Behavior and Information Technology, 17* (5), 274-281.
- ROVIRA, T. (2002). *Efecte diferencial de l'optimisme i de la competencia personal en un procés d'estrés*. Tesis doctoral no publicada, Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.

- RUIZ, J. A. (1987). Procedimiento de inducción de indefensión aprendida en humanos. En M. D. LUNA (ed.): *Prácticas de psicología experimental* (pp. 161-171). Madrid: UNED.
- SAKS, A. M. (1995). Longitudinal field investigation of the moderating and mediating affects of self-efficacy on the relationships between training and newcomer adjustment. *Journal of Applied Psychology*, 80 (2), 211-225.
- SALANOVA Y OTROS (1999). *Instrumentos del Cuestionario CET*. Documento sin publicar.
- SALANOVA, M., CIFRE, E. Y MARTÍN, P. (1999). El proceso de tecnoestrés y su prevención (I y II). *Revista de Salud, Trabajo y Prevención*, 1, 18-28 y 2, 4-12.
- SALANOVA, M. Y GRAU, R. (1999). Análisis de necesidades formativas y evaluación de la formación en contextos de cambio tecnológico. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 52 (2-3), 329-350.
- SALANOVA, M. & GRAU, R. (1999). Burnout and New Technologies at Work. Trabajo presentado al Symposium «*New Directions in Burnout Research*» en el IX West European Congress on Work and Organizational Psychology. Espoo-Helsinki, mayo, 1999.
- SALANOVA, M., GRAU, R., CIFRE, E. & LLORENS, S. (2000). Computer training, frequency of use and burnout: the moderating role of computer self-efficacy. *Computers in Human Behaviour*, 16 (6), 575-590.
- SALANOVA, M. & SCHAUFELI, W. B. (2000). Exposure to information technology and its relation to burnout. *Behaviour and Information Technology*, 19 (5), 385-392.
- SALANOVA, M., SCHAUFELI, W. B., LLORENS, S., PEIRÓ, J. M., Y GRAU, R. (2000). Desde el *burnout* al *engagement*: ¿una nueva perspectiva? *Revista de Psicología del Trabajo y las Organizaciones*, 16 (2), 117-134.
- SALANOVA, M., GRAU, R., LLORENS, S. Y SCHAUFELI, W. B. (2001). Exposición a las tecnologías de la información, burnout y engagement: el rol modulador de la autoeficacia relacionada con la tecnología. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 11, 69-90.
- SALANOVA, M., LLORENS, S., & CIFRE, E. (2001). Use of information technology and collective engagement: An experimental study. Paper presented at 10<sup>th</sup> EAWOP Conference, Praha.
- SALANOVA, M., PEIRÓ, J. M. & SCHAUFELI, W. B. (2002). Self-efficacy Specificity and Burnout among Information Technology Workers: An extension of the Job Demands-Control Model. *European Journal on Work and Organizational Psychology*, 11, 1-25.
- SALANOVA, M. (2003). Academic success, burnout and engagement among University students: towards a spiral model of self-efficacy. *Symposium: "Turning the Coin: Towards a Positive Approach to Job Stress" at the The Fifth Interdisciplinary Conference on Occupational Stress & Health*, March, 20-22, 2003, Toronto, Ontario, Canada.
- SALANOVA, M. Y NADAL, M. A. (2003). Sobre el concepto y medida del tecnoestrés: una revisión. Trabajo presentado a las *Jornadas de Fomento de la Investigación*. Castellón: Universitat Jaume I.
- SALANOVA, M., LLORENS, S., CIFRE, E., MARTÍNEZ, I. M. Y SCHAUFELI, W. B. (2003). Perceived Collective Efficacy, Subjective Well-Being and Task Performance among Electronic Work Groups: An Experimental Study. *Small Groups Research*, 34 (1), 43-73.



- SALANOVA, M., BRESÓ, E. Y SCHAUFELI, W. B. (en prensa). Hacia un modelo espiral de la autoeficacia en el estudio del *burnout* y del *engagement*.
- SALANOVA, M., CIFRE, E. & MARTÍN, P. (2004). Information Technology Implementation Styles and its relation with Workers' Subjective Well-Being. *International Journal of Operation & Production Management*, 24 (1), 00-00.
- SALAS, E. & CANNON-BOWERS, J. A. (2001). The science of training: a decade of progress. *Annual Review of Psychology*, 52, 471-499.
- SALGADO, J. F. y MOSCOSO, S. (2000). Autoeficacia y criterios organizacionales de desempeño. *Revista de Apuntes de Psicología*, 18, 179-191.
- SAMPSON, R., RAUDENBUSH, S., & EARLS, F. (1997). Neighborhood and violent crime: A multi-level study of collective efficacy. *Science*, 277, 918-924.
- SANZ, A. & VILLAMARÍN, F. (2001). The role of perceived control in physiological reactivity: self-efficacy and incentive value as regulators of cardiovascular adjustment. *Biological Psychology*, 56, 219-246.
- SAUNDERS, K. W., VON KORFF, M., PRUIT, S. D. & MOORE, J. E. (1999). Prediction of physician visits and prescription medicine use for back pain. *Pain*, 83, 369-377.
- SCHACHNA, L. & LITLEJOHN, G. (1999). Primary care and specialist management options. *Baillieres Best Practise Research and Clinical. Rheumatology*, 13 (3), 469-477.
- SCHAIK, K. W. (1979). The primary mental abilities in adulthood: An exploration in the development of Psychometric intelligence. In P. B. BALTES & O. G. BRIM (eds.): *Lifespan development and behaviour*, New York: Academic Press.
- SCHAPIRA, D. V. & URBAN, N. (1991). A minimalist policy for breast cancer surveillance. *JAMA*, 265, 380-382.
- SCHAUBROECK, J. & MERRIT, D. E. (1997). Divergent effects of job control on coping with work stressors: The Key role of self-efficacy. *Academy of Management Journal*, 40, 738-754.
- SCHAUBROECK, J., LAM, S. S. K., & XIE, J. L. (2000). Collective efficacy versus self-efficacy in coping responses to stressors and control: A cross-cultural study. *Journal of Applied Psychology*, 4, 512-525.
- SCHAUFELI, W. B., KEISERS, G. J. & REIS MIRANDA, D. (1995). Burnout, technology use, and ICU-performance. In S. L. SAUTER, & L. R. MURPHY (eds.): *Organizational risk factors for job stress* (pp. 259-271). Washington, DC: APA Books.
- SCHAUFELI, W. B., LEITER, M. P., MASLACH, C. & JACKSON, S. E. (1996). Maslach Burnout Inventory – General Survey. In C. MASLACH, S. E. JACKSON & M. P. LEITER (eds.): *The Maslach Burnout Inventory-Test Manual* (3rd ed.) Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- SCHAUFELI, W. B. & ENZMANN, D. (1998). *The burnout companion to study and research: A critical analysis*. London, UK: Taylor and Francis.
- SCHAUFELI, W. B. Y VAN DIERENDONCK, D. (2000). *Maslach Burnout Inventory: Nederlandse Versie* [Maslach Burnout Inventory: Dutch Version]. Lisse, The Netherlands: Swets & Zeitlinger.
- SCHAUFELI, W. B., & BAKKER, A. B. (2001). Werk en welbevinden: Naar een positieve benadering in de Arbeids-en Gezondheidspsychologie [Work and well-being: Towards a positive Occupational Health Psychology]. *Gedrag and Organisatie*, 229-253.

- SCHAUFELI, W. B., MARTÍNEZ, I. M., MARQUÉS-PINTO, A., SALANOVA, M. & BAKKER, A. (2002). Burnout and engagement in university students: A cross-national study. *Journal of Cross-Cultural Studies*, 33 (5) 464-481.
- SCHAUFELI, W. B., SALANOVA, M., GONZÁLEZ-ROMÁ, V. & BAKKER, A. (2002). The measurement of burnout and engagement: A confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3, 71-92.
- SCHIEFER, M. y CARVER, C. (1987). Dispositional optimism and physical well-being: The influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 169-210.
- SCHNEIDER, B., PARKINGTON, J. J. y BUXTON, V. M. (1980). Employee and customer perceptions of service in banks. *Administrative Science Quarterly*, 25, 252-267.
- SCHNEIDER, B. & BOWEN, D. (1993). The service organization: Human resource management is crucial. *Organizational Dynamics*, 21, 39-52.
- SCHNEIDER, B., WHITE, S. & PAUL, M. C. (1998). Linking service climate and customers perceptions of service quality: Test of a causal model. *Journal of Applied Psychology*, 2, 150-163.
- SCHNEIDER, M. F. & CARVER, C. S. (1987). Disposition optimism and physical well-being: The influence of generalized outcome expectancies on health. *Journal of Personality*, 55, 183-210.
- SCHOLZ, U., GUTIÉRREZ-DOÑA, B., SUD, S. & SCHWARZER, R. (2002). Is general self-efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries. *European Journal of Psychological Assessment*, 18, 242-251.
- SCHRÖDER, K. E. E., SCHWARZER, R., & KONERTZ, W. (1998). Coping as a mediator in recovery from cardiac surgery. *Psychology and Health*, 13, 83-97.
- SCHUMPETER, J. A. (1939). *Business cycles, a theoretical, historical, and statistical analysis of the capitalist process*. New York: McGraw-Hill.
- SCHUNK, D. M. (1995). Self-efficacy and education and instruction. In J. E. MADDUX (ed.): *Self-efficacy, adaptation, and adjustment. Theory, research, and application* (pp. 281-303), New York: Plenum Press.
- SCHUTTE, N., TOPPINEN, S., KALIMO, R. & SCHAUFELI, W. B. (2000). The factorial validity of the Maslach Burnout Inventory – General Survey across occupational groups and nations. *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 73, 53-66.
- SCHWARZER, R. (1992). *Self-Efficacy. Thought control of action*. Bristol: Taylor y Francis.
- SCHWARZER, R. & JERUSALEM, M. (1992). Advances in anxiety theory: A cognitive process approach. In K. A. HAGTVET & T. B. JOHNSEN (eds.): *Advances in test anxiety research* (Vol. 7, pp. 2-17). Lisse, The Netherlands: Swets & Zeitlinger.
- SCHWARZER, R. (1993). *Measurement of perceived self-efficacy: Psychometric scales for cross-cultural research*. Berlin: Freie Universität Berlin, Institut für Psychologie.
- SCHWARZER, R., HAHN, A. & JERUSALEM, M. (1993). Negative affect in East German migrants: Longitudinal effects of unemployment and social support. *Anxiety, Stress, and Coping*, 6, 57-69.
- SCHWARZER, R. (1994). Optimism, vulnerability, and self-beliefs as health-related cognitions: A systematic overview. *Psychology and Health*, 9, 161-180.

- SCHWARZER, R. & JERUSALEM, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. In J. WEINMAN, S. WRIGHT, & M. JOHNSTON (eds.): *Measures in health psychology: A user's portfolio*. Causal and control beliefs (pp. 35-37). Windsor, UK: Nfer-Nelson.
- SCHWARZER, R., BÄBLER, J., KWIATEK, P., SCHRÖDER, K., & ZHANG, J. X. (1996). The assessment of optimistic self-beliefs: Comparison of the German, Spanish, y Chinese versions of the General Self-Efficacy scale. *Applied Psychology: An International Review*, 46 (1), 69-88.
- SCHWARZER, R. & BORN, A. (1997). Optimistic self-belief: Assessment of general perceived self-efficacy in thirteen cultures. *World Psychology*, 3 (1-2), 177-190.
- SCHWARZER, R. (1999). General perceived self-efficacy in 14 Cultures. Self-Efficacy assesment, <http://www.yorku.ca/faculty/academic/schwarze/world14.htm>.
- SCHWARZER, R., MUELLER, J., & GREENGLASS, E. (1999). Assessment of perceived general self-efficacy on the Internet: Data collection in cyberspace. *Anxiety, Stress, and Coping*, 12, 145-161.
- SCHWARZER, R., SCHMITZ, G.S. & DAYTNER, G. T. (1999). *The Teacher Self-Efficacy scale*. [On-line publication]. Available at: <http://www.fu-berlin.de/gesund/shaken/languaje-Selection/turkish/teacher-self-efficacy/teacher-self-efficacy.htm>
- SCHWARZER, R. & JERUSALEM, M. (eds.) (1999). *Skalen zur Erfassung von Lehrer-und Schülermerkmalen: Dokumentation der psychometrischen Verfahren im Rahmen der Wissenschaftlichen Begleitung des Modellversuches Selbstwirksame Schulen* [Scales for the assessment of teacher and student characteristics]. Berlin: Freie Universität Berlin.
- SCHWARZER, R. & SCHMITZ, G. S. (1999). Kollektive selbstwirksamkeits-erwartung von Lehrern: Eine Längsschnittstudie in zehn Bundesländern (Collective efficacy of teachers: a longitudinal study in ten German states). *Zeitschrift für Sozialpsychologie*, 30, 262-274.
- SCHWARZER, R., SCHMITZ, G. S., & TANG, C. (2000). Teacher burnout in Hong Kong and Germany: A cross-cultural validation of the Maslach Burnout Inventory. *Anxiety, Stress, and Coping*, 13, 309-326.
- SCHWOERER, C., MAY, D. R. & HOLLENSBE, E. C. (1999) *General and Specific Self-efficacy: Their roles in a Training Intervention*. Retrieved from: <http://www.hschoool.ukans.edu/paper/generated/page-214.html>
- SELIGMAN, M. E. P. (1998). *Learned optimism: How to change your mind and your life*. New York: Pocket Books.
- SELIGMAN, M. E. P. & CSIKSZENTMIHALYI, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- SELIGSON, M. A. (1980). Trust, efficacy and models of political participation: A study of Costa Rican peasants. *British Journal of Political Sciences*, 10, 75-98.
- SHERER, M. & MADDUX, J. E. (1982). The Self-Efficacy scale: Construction and validation. *Psychological Reports*, 51, 663-671.
- SHIROM, A. (1989). Burnout in work organizations. En C. L. COOPER e I. T. ROBERSTON (eds.): *International Review of Industrial and Organizational Psychology* (pp. 25-48). New York: Wiley.
- SMEDSLUND, J. (1978a). Bandura's theory of self-efficacy: a set of common sense theorems. *Scandinavian Journal of Psychology*, 19, 1-14.

- SMEDSLUND, J. (1978b). Some psychological theories are not empirical. Reply to Bandura. *Scandinavian Journal of Psychology*, 19, 101-102.
- SMEDSLUND, J. (1979). Between the analytic and the arbitrary: a case study. *Psychological Research*, 20, 129-140.
- SONNENTAG, S., WEST, M. A., & DAWSON, J. F. (2003). *Teamwork and mental health*. Aston Business School Working Paper. Birmingham, UK: Aston Business School.
- SPEIER, C., & FRESE, M. (1997). Generalized self-efficacy as a mediator and moderator between control and complexity at work and personal initiative: A longitudinal field study in East Germany. *Human Performance*, 10 (2), 171-192.
- SPIPKER, B. (1990). *Quality of Life Assessments in Clinical Trials*. New York: Raven Press, Ltd.
- SPINK, K. S. (1990). Group cohesion and collective efficacy of volleyball teams. *Journal of Sport Exercise Psychology*, 12, 301-311.
- STOJKOVIC, A. D. & LUTHANS, F. (1998). Self-efficacy and work related performance: a meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 124 (2), 240-261.
- STAJKOVIC, A. D. & SOMMER. (2000). Self-Efficacy and Causal Attributions: Direct and Reciprocal Links. *Journal of Applied Social Psychology*, 30 (4), 707-737.
- STOJKOVIC, A. D., & LEE, D. S. (2001). *A meta-analysis of the relationship between collective efficacy and group performance*. Paper presented at the National Academy of Management Meeting, August, 2001, Washington, D. C.
- STAPLES, D.S., HULLAND, J. S. & HIGGINS, C. A. (1998). A self-efficacy theory explanation for the management of remote workers in virtual organizations. *Journal of Computer-Mediated Communication*, 3, Issue 4.
- STAUFER, M. (1992). Technological change y the older employee: implications for introduction y training. *Behaviour y Information Technology*, 1, 46-52.
- STEEL, R. P., MENTO, A. J. & HENDRIX, W. H. (1987). Constraining forces an the work performance of finance company cashiers. *Journal of Management*, 13, 473-482.
- STEERS, R. M., PORTER, L. W., & BIGLEY, G. A. (1996). *Motivation and leadership at work*. Boston: McGraw Hill.
- STEINBERGER, P. J. (1981). Social context and political efficacy. *Sociology and Social Research*, 65, 129-141.
- STEVENS, C. K. & GIST, M. E. (1998). Effects of Self-efficacy and goal-orientation training on negotiation skill maintenance: what are de mechanism. *Personnel Psychology*, 50, 955-978.
- TABERNERO, C. (1998). *Comparación social con el estereotipo de edad y concepción de capacidad como generadores de autoeficacia*. Tesis Doctoral. Universidad de Salamanca.
- TABERNERO, C. & WOOD, R. E. (1999). Implicit theories versus the social construal of ability in self-regulation and performance on a complex task. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 78 (2), 104-127.
- TANAKA, J. S. (1993). Multifaceted conceptions of it in structural equation models. In K. A. BOLLEN, & J. S. LONG (eds.): *Testing structural equation models* (pp. 10-39). Newbury Park, CA: Sage.
- TARIS, T. W., SCHREURS, P. J. G. & SCHAUFELI, W. B. (1999). Construct validity of the Maslach Burnout Inventory-general Survey: A two-sample examination of its factor structure and correlates. *Work and Stress*, 13, 223-237.

- TARIS, T., SCHAUFELI, W. B., SCHREUS, P. CALJÉ, D. (2000). Opgebrand in het onderwijs: stress, psychische vermoeidheid en ziekteverzuim onder learen. [Burnout in education: Stress, mental fatigue and sickness absenteeism among teachers]. In: I. L. D. HOUTMAN, W. B. SCHAUFELI & T. TARIS (eds.): *Psychische vermoeidheid en werk: Cijfers, trends en analyses* (pp. 97-106). Alphen a/d Rijn: Samson.
- TAYLOR, C. B., WINZELBERG, A., & CELIO, A. (2001). Use of interactive media to prevent eating disorders. In R. STRIEGEL-MOOR & L. SMOLAK (eds.): *Eating disorders: New direction for research and practice* (255-270). APA, Washington, D.C.
- TELCH, M. J., BANDURA, A., VINCIGUERRA, P., AGRAS, A., & STOUT, A. L. (1982). Social demand for consistency and congruence between self-efficacy and performance. *Behavior Therapy*, 694-701.
- TESLUK, P. E. & MATTHIEU, J. E. (1999). Overcoming roadblocks to effectiveness: incorporating management of performance barriers into models of work group effectiveness. *Journal of Applied Psychology*, 84, 200-217.
- TORKZADEH, G. & OUFTEROUS, X. (1994). Factorial validity of a computer self-efficacy scale y the impact of computer training. *Education y Psychological Measurement*, 54, 813-821.
- TORKZADEH, R., PFLUGHOEFT, K. & HALL, L. (1999). Computer self-efficacy, training, effectiveness and user attitudes. An empirical study. *Behaviour and Information Technology*, 18 (4), 299-309.
- TULDRÁ, A., FUMAZ, C., FERRER, M. J., BAYÉS, R., ARNÓ, A., BALAGUÉ, M., BONJOCH, A., JOU, A., NEGREDO, E., PAREDES, R., RUIZ, L., ROMEU, J., SIRERA, G., TURAL, C., BURGER, D. CLOTET, B. (2000). Prospective randomized two-arm controlled study to determine the efficacy of a specific intervention to improve long-term adherence to highly active antiretroviral therapy. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 25, 221-228.
- TURK, D. C. & RUDY, T. E. (1991). Neglected topics in the treatment of chronic pain patients-relapse, noncompliance and adherence enhancement. *Pain*, 44, 5-28.
- UTZ, S. W., SHUSTER, G. F., MERWIN, E., Y WILLIAMS, B. (1994). A community-based smoking-cessation program: Self-care behaviours and success. *Public Health Nursing*, 11, 291-299.
- VICKREY, B. G., HAYS, R. D., GENOVESE, B. J., MYERS, L. W. & ELLISON, G. W. (1997). Comparison of a generic to disease-targeted health-related quality-of-life measures for multiple sclerosis. *J-Clin-Epidemiol*, 50 (5), 557-569.
- VIGÓN, J. (1927). *El Espíritu Militar Español*. Madrid: Ediciones Ejército.
- VILLAMARÍN, F. y BAYÉS, R. (1990). Papel de las variables cognitivas en el tratamiento mediante biofeedback EMG de las cefaleas tensionales. *Análisis y modificación de conducta*, 16, 165-192.
- VILLAMARÍN, F. (1990a). Un análisis conceptual de la teoría de la autoeficacia y otros constructos psicológicos actuales. *Psicologemas*, 4, 107-125.
- VILLAMARÍN, F. (1990b). Papel de la autoeficacia en los trastornos de ansiedad y depresión. *Análisis y modificación de conducta*, 16 (47), 55-79.
- VILLAMARÍN, F. (1990c). Autoeficacia y conductas relacionadas con la salud. *Revista de Psicología de la salud*, 2 (1y 2), 45-64.

- VILLAMARÍN, F. (1994). La concepción de la ansiedad en la teoría de la autoeficacia: ¿una alternativa a la teoría bifactorial del condicionamiento? *Análisis y modificación de conducta*, 20, 79-109.
- VILLAMARÍN, F. (1994). Autoeficacia: investigaciones en psicología de la salud. *Anuario de Psicología*, 61, 9-17.
- VILLAMARÍN, F. y ÁLVAREZ, M. (1998). Modelos sociocognitivos en promoción de la salud: un análisis conceptual. *Psicologemas*, 12, 161-204.
- VILLAMARÍN, F. (2002). Self-efficacy and health: basic research and applications. Ponencia invitada en el *I Simposium Nacional sobre Autoeficacia*. Castellón de la Plana, junio de 2002.
- WALL, T. D., BOLDEN, R. I., BORRILL, C. S., CARTER, A. J., GOLYA, D. A., HARDY, G. E., HAYNES, C. E., RICK, J. E., SHAPIRO, D. A., & WEST, M. A. (1997). Minor psychiatric disorder in NHS trust staff: Occupational and gender differences. *British Journal of Psychiatry*, 171, 519-523.
- WALLEN, H. L., OLIVER, K., GROESSL, E., CRONAN, T. A. Y RODRÍGUEZ, V. M. (2001). Traumatic events, health care use in patients with fibromyalgia. *Journal of Musculoskeletal Pain*, 9 (2), 19-38.
- WALLSTON, K. A. (1992). Hocus-Pocus, the focus isn't strictly on Locus: Rotter's Social Learning Theory Modified for Health. *Cognitive therapy and Research*, 16 (2), 183-199.
- WANBERG, C. R., KANFER, R. y ROTUNDO, M. (1999). Unemployed individuals: Motives, Job-Search competencies, and Job-Search constraints as predictors of Job Seeking and Reemployment. *Journal of Applied Psychology*, 84 (5), 897-910.
- WARR (1990). The measurement of well-being y other aspects of mental health. *Journal of Occupational Psychology*, 63, 193-210.
- WEINBERG, R. S., YUKELSON, S. & JACKSON, A. (1980). Effects of public and private efficacy expectations on competitive performance. *Journal of Sport Psychology*, 2, 340-349.
- WEINBERG, R. S., HUGHES, H. H., CRITELLI, J. W., ENGLAND, R. & JACKSON, A. (1984). Effects of preexisting and manipulated self-efficacy on weight loss in a self-control program. *Journal of Research in Personality*, 18, 352-358.
- WEST, M. A. (1989). Innovation amongst health-care professionals. *Social Behaviour*, 4 (3), 173-184.
- WEST, M. A., & RUSHTON, R. (1989). Mismatches in work role transitions. *Journal of Occupational Psychology*, 62, 271-286.
- WEST, M. A., & WALLACE, M. (1991). Innovation in health care teams. *European Journal of Social Psychology*, 21, 303-315.
- WEST, M. A., & ANDERSON, N. R. (1996). Innovation in top management teams. *Journal of Applied Psychology*, 81 (6), 680-693.
- WEST, M. A. (1997). *Developing creativity in organizations*. Leicester: British Psychological Society.
- WEST, M. A., & PATTERSON, M. G. (1999). The workforce and productivity: People management is the key to closing the productivity gap. *New Economy*, 6, 22-27.
- WEST, M. A., PATTERSON, M. G., & DAWSON, J. F. (1999). A path to profit: Teamwork at the top? *CentrePiece*, 4 (3), 7-11.



- WHITE, J. (1982). *Rejection*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- WHITE, K., SPEECHLEY, M., HARTH, M. & OSTBYE, T. (1999). The London fibromyalgia epidemiology study: direct health care costs of fibromyalgia syndrome in London, Canada. *The Journal of Rheumatology*, 26 (4), 885-889.
- WIGFIELD, A., ECCLES, J. S., & PINTRICH, P. R. (1996). Development between the ages of 11 and 25. In D. C. BERLINER & R. C. CALFEE (eds.): *Handbook of educational psychology* (pp. 148-185), New York: Simon & Schuster Macmillan.
- WOLFE, F., ANDERSON, J., HARKNESS, D., BENNET, R. M., CARO, X. J., GOLDENBERG, D. L., RUSSELL, I. J. & YUNUS, M. B. (1997). A prospective, longitudinal, multicenter study of services utilization and cost in fibromyalgia. *Arthritis and Rheumatism*, 40 (9), 1560-1570.
- WOLPE, J. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford, Calif.: Stanford University Press.
- WOLPE, J. (1974). *The practice of behavior therapy*. New York: Pergamon.
- WONT (Work y New Technologies) (1999). *Propiedades psicométricas del cuestionario CET* Cuestionario de Experiencias relacionadas con el Trabajo. Non published working document.
- WOOD, R. & BANDURA, A. (1989). Impact of conceptions of ability on self-regulatory mechanism and complex decision making. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 407-415.
- WOOD, R. E. & BAILEY, T. (1985). Some answered questions about goal effect: A recommended change in research methods. *Australian Journal of Management*, 10, 61-73.
- WOOD, R. E., MENTO, A. J. & LOCKE, E. A. (1987). Task complexity as a moderator of goal effects. A Meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 72, 416-425.
- WOOD, R. E. & BANDURA, A. (1989). Social cognitive theory of organizational management. *Academic of Management Review*, 14, 361-384.
- WOOD, R. E. & BANDURA, A. (1989). Impact of conceptions of ability on self-regulatory mechanisms and complex decision making. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56 (3), 407-415.
- WOOD, R. E. & LOCKE, E. A. (1990). Goal-setting and strategy effects on complex task. En B. M. STAW & L. L. CUMMINGS (eds.): *Research in Organizational Behavior* (Vol. 12). Greenwich, CT: JAI Press.
- WOOD, R. E., BANDURA, A. & BAILEY, T. (1990). Mechanisms governing organizational productivity in complex decision making environments. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 46, 181-201.
- WOOD, R. E., ATKINS, P. & TABERNERO, C. (2000). Self-efficacy and strategy on complex tasks. *Applied Psychology: An International Review*, 49, 3, 430-446.
- WOODROW, J. (1991). A comparison of four computer attitude scales. *Journal of Educational Computing Research*, 7, 165-187.
- WOOLFOLK, A. E., ROSOFF, B., & HOY, W. K. (1990). Teachers' sense of efficacy and their beliefs about managing students. *Teaching & Teacher Education*, 6, 137-148.
- YAMAGISHI, T. (1988). The provision of a sanctioning system in the United States and Japan. *Social Psychology Quarterly*, 51, 265-271.
- ZIMMERMAN, B. J. (1990). Self-regulating academic learning and achievement: The emergence of a social cognitive perspective. *Educational Psychology Review*, 2, 173-201.

- ZIMMERMAN, B. J., BANDURA, A., & MARTÍNEZ-PONS, M. (1992). Self-motivation for academic attainment: The role of self-efficacy beliefs and personal goal-setting. *American Educational Research Journal*, 29, 663-676.
- ZIRNMENNAN, M. A. & RAPPAPORT, J. (1988). Citizen participation, perceived control, and psychological empowerment. *American Journal of Community*, 16, 725-750.
- ZOLTAN, E. & CHAPANIS, A. (1982). Experience with y attitudes towards computers. *Behaviour y Information Technology*, 1 (1), 55-68.



## ÍNDICE DE FIGURAS

---

1.	Paths of influence through which perceived self-efficacy and other key	37
I.1.1.	Procesos que explican la conducta fóbica, según la orientación más conductista	59
I.1.2.	Proceso de la doble consecuencia	67
I.2.1.	Modelo teórico de la estructura causal de las relaciones de influencia del estatus socioeconómico y de la eficacia personal percibida sobre la eficacia colectiva percibida	71
I.3.1.	Porcentaje medio de <i>feedback</i> positivo recibido por los sujetos de cada grupo experimental	84
I.3.2.	Media de anagramas resueltos correctamente por cada grupo experimental	86
I.3.3.	Media de anagramas fáciles y de anagramas difíciles resueltos correctamente por cada grupo experimental	86
I.3.4.	Promedio de ensayos necesarios para alcanzar un rendimiento óptimo en cada grupo experimental	87
II.2.1.	Efecto de interacción a dos vías de la valoración de la experiencia con los ordenadores y la autoeficacia con los ordenadores sobre la <i>Frecuencia de uso</i>	104
II.3.1.	Efecto de interacción de dos vías de actitud hacia los ordenadores y número de horas de formación para los ordenadores en la autoconfianza profesional (niveles de autoconfianza profesional en el eje y)	113
III.1.1.	Marco conceptual en Psicología de la Salud	120
III.1.2.	Autoeficacia y expectativas de resultados	123
III.1.3.	Matizaciones sobre los tipos de expectativas según Bandura (1997)	124
III.1.4.	Mecanismos o procesos mediadores de las expectativas de eficacia y las expectativas de resultados sobre la salud	126

III.1.5. Síntesis de la equivalencia conceptual de los constructos en cuatro modelos (MCS, TAR, TCP y TAE) . . . . .	128
III.1.6. Parámetros y contenidos del programa de intervención . . . . .	130
III.1.7. Líneas de actuación . . . . .	131
III.4.1. Distribución según Alta Médica (Alta/No Alta) . . . . .	154
III.4.2. Distribución según Cumplimiento con el Tratamiento . . . . .	154
III.4.3. Distribución según Cumplimiento con las Visitas Prescritas . . . . .	155
III.4.4. Descriptivos de Calidad de vida pre y post tratamiento . . . . .	155
III.4.5. Distribución según AP General, AP Específica y ER . . . . .	156
IV.3.1. Modelo de Ecuaciones estructurales . . . . .	195
IV.6.1. Esquema del proceso de toma de decisiones seguido en el programa de simulación gerencial . . . . .	216
IV.6.2. Representación de un proceso de comparación entre los resultados logrados por un participante y el estándar de ejecución durante las 18 semanas de la simulación y los tres bloques de autoevaluación de los mecanismos autorreguladores . .	218
V.1.1. Relationship between teacher self-efficacy and one of the burnout dimensions, depersonalization, two years later . . . . .	233
V.1.2. Cross-lagged panel design on the effect of self-efficacy on burnout . . . . .	234
V.1.3. Relationship between teacher self-efficacy, job stress, and burnout . . . . .	235
V.2.1. Modelo de investigación hipotetizado (N = 497) . . . . .	241
V.2.2. Modelo alternativo propuesto (N = 497) . . . . .	242
V.3.1. Diferencias de <i>género</i> en cuanto a facilitadores, agotamiento y autoeficacia . . . . .	250
V.3.2. Diferencias en cuanto a la <i>edad</i> en cinismo y dedicación . . . . .	251
V.3.3. Diferencias en cuanto al <i>tipo de enseñanza impartida</i> (Obligatoria/No obligatoria) en obstáculos, facilitadores y absorción. . . . .	251

## ÍNDICE DE TABLAS

---

I.2.1.	Resultados factoriales para las diferentes formas de eficacia percibida individual y colectiva . . . . .	74
I.2.2.	Medias y desviaciones típicas de las diferentes formas de eficacia percibida como una función de factores socio-demográficos . . . . .	75
I.2.3.	Grado de eficacia percibida sobre actividades de diferentes dominios en función de factores sociodemográficos . . . . .	76
I.3.1.	Medias (y desviaciones típicas) de las variables dependientes en cada grupo experimental . . . . .	85
II.2.1.	Rango, media, desviación típica, alpha de Cronbach y correlaciones ( $N = 405$ ) . . . . .	102
II.2.2.	Regresión múltiple jerárquica de la valoración de la experiencia con los ordenadores, actitudes hacia los ordenadores y autoeficacia con los ordenadores sobre la frecuencia de uso ( $N = 405$ ) . . . . .	103
II.3.1.	Medias, Desviaciones típicas, Consistencias internas (Alfa de Cronbach) y correlaciones de orden cero ( $N = 495$ ) . . . . .	110
II.3.2.	Análisis de regresión múltiple jerárquica ( $N = 173$ ) <sup>a</sup> . . . . .	111
III.2.1.	Descripción de la muestra . . . . .	135
III.2.2.	Descripción y análisis de diferencias de las variables de estudio . . . . .	136
III.2.3.	Análisis predictivo . . . . .	138
III.4.1.	Análisis de correlaciones . . . . .	157
III.4.2.	Análisis de regresión-cumplimiento . . . . .	158
III.4.3.	Análisis de regresión-mejoría . . . . .	158
III.4.4.	Análisis de regresión-SF-36 . . . . .	160
IV.3.1.	Estadísticos descriptivos para las variables del estudio ( $N = 349$ ) . . . . .	194
IV.3.2.	Modelos de Ecuaciones Estructurales ( $N = 349$ ) . . . . .	195
IV.4.1.	Análisis de fiabilidad medido mediante el coeficiente alpha y el método de dos mitades . . . . .	201

IV.4.2. Tabla de correlaciones entre las medidas de Potencia en grupos, autoeficacia, y CEPPU-01 . . . . .	202
IV.4.3. Tabla de correlaciones de los resultados de la escala de potencia y autoeficacia con los factores del PPU . . . . .	202
IV.5.1. Cuestionario de autoeficacia relacionado con el fútbol . . . . .	209
IV.5.2. Media aritmética de los items . . . . .	210
IV.5.3. Media aritmética de los items después de la intervención . . . . .	210
V.2.1. Análisis de Varianza (ANOVA) del éxito académico, eficacia percibida y expectativas de resultado en función del género (N = 497) . . . . .	240
V.3.1. Análisis descriptivos de las variables del estudio (N = 483) . . . . .	249