

Adaptación de la Escala de Autoeficacia General a estudiantes universitarios uruguayos

Tesis para optar por el título de Magister en Psicología Clínica

Ay. Lic. Vicente Chirullo

Instituto de Psicología Clínica

Docente Tutor: Prof. Adj. Dr. Hugo Selma Sánchez

Instituto de Psicología Clínica

Docente Co-Tutor: Prof. Adj. Dr. Victor Ortuño

Instituto de Fundamentos y Métodos en Psicología

Montevideo octubre 2021

Financiada por la Agencia Nacional de Investigación e Innovación



AGENCIA NACIONAL
DE INVESTIGACIÓN
E INNOVACIÓN

Índice de contenidos

Adaptación de la Escala de Autoeficacia General a estudiantes universitarios uruguayos	1
Índice de Tablas	5
Índice de figuras.....	5
1. Capítulo introductorio.....	7
1.1 Resumen.....	7
Abstract	8
Resumo	9
1.2 Agradecimientos	10
1.3 Contexto de esta tesis.....	11
1.4 Organización de la tesis	11
2. Marco teórico	13
2.1 Concepto de autoeficacia y teoría sociocognitiva.....	13
2.2 Conceptos relacionados: autoestima, autoconcepto y locus de control	19
2.3 Otros conceptos relevantes para esta investigación: Depresión, ansiedad y extensión temporal.....	20
2.3.1 Depresión:	21
2.3.2 Ansiedad	22
2.3.3 Extensión temporal	24
2.4 Adaptación de test y cuestionarios.....	26
3. Antecedentes	27
3.1 Adaptaciones de la EAG y fiabilidad.....	27
3.2 Validez de constructo.....	29
3.3 Evidencias de validez convergente y divergente:	32
3.4 Antecedentes de la relación entre la autoeficacia, datos sociodemográficos y otras variables estudiadas.....	33
4. Planteamiento del problema, objetivos y preguntas de investigación	35
4.1 Problema de investigación	35
4.1 Objetivos.....	35
4.2 Preguntas de investigación.....	36

5. Métodos.....	36
5.1 Diseño	36
5.2 Muestra	37
5.3 Instrumentos.....	40
5.4 Procedimiento metodológico	43
5.4.1 Recolección de datos.....	43
5.4.2 Análisis estadísticos	44
5.5 Consideraciones éticas:	44
5.6 Adaptación de la EAG:	46
6. Resultados:	47
6.1 Análisis preliminares:	47
6.2 Propiedades psicométricas:	48
6.2.1 Fiabilidad:	48
6.2.2 Análisis Factorial Exploratorio y Análisis Factorial Confirmatorio	49
6.3 Correlaciones entre los instrumentos	53
6.4 Correlaciones con datos sociodemográficos	54
6.4.1 Autoeficacia, edad, género y estado civil	54
6.4.2 Autoeficacia y nivel educativo.....	56
6.4.3 Autoeficacia y variables económicas.....	57
6.4.4 Autoeficacia, terapia y psicofármacos	58
7. Discusión.....	59
7.1 Propiedades psicométricas	59
7.1.1 Fiabilidad	59
7.1.2 Estabilidad temporal:	61
7.1.3 Análisis Factorial Exploratorio y Análisis Factorial Confirmatorio	61
7.2 Validez convergente y validez divergente	64
7.3 Correlaciones con datos sociodemográficos:.....	67
7.3.1 Autoeficacia género, edad y estado civil	67
7.3.2 Autoeficacia y variables económicas.....	68
7.3.3 Autoeficacia, tratamiento psicológico y psicofármacos	69
8. Conclusiones	70

Referencias bibliográficas:.....	72
Anexo I.....	80
Anexo II:	81
Anexo III:.....	82
Anexo IV:.....	83
Anexo V:.....	84
Anexo VI:.....	85

Índice de Tablas

Tabla 1 <i>Antecedentes de fiabilidad</i>	28
Tabla 2. <i>Varianza explicada de acuerdo a los ACP y AFE realizados en diferentes estudios</i>	30
TABLA 3. <i>Índices de ajuste global del AFC de diferentes versiones de la EAG</i>	31
Tabla 4. <i>Datos sociodemográficos: Género y estado civil</i>	37
Tabla 5. <i>Datos sociodemográficos académicos</i>	38
Tabla 6. <i>Datos sociodemográficos: variables económicas</i>	39
Tabla 7. <i>Datos sociodemográficos: salud mental</i>	39
TABLA 8. <i>Pruebas de normalidad</i>	47
Tabla 9. <i>Estadísticos del elemento</i>	50
TABLA 11. <i>Análisis Factorial Confirmatorio</i>	53
TABLA 12. <i>Correlaciones inter-test (Tau_b de Kendall)</i>	54
TABLA 13. <i>Diferencia entre géneros (prueba U de Mann-Whitney)</i>	55
TABLA 14. <i>Autoeficacia y estado civil (prueba de Kruskall Wallis)</i>	55
TABLA 15. <i>Kruskall Wallis autoeficacia general y grado de avance en la carrera</i>	56
TABLA 16. <i>Comparación de medias y rangos (estadístico Kruskall Wallis) entre grupos. Autoeficacia y variables económicas</i>	57
TABLA 18. <i>Consistencia interna de las diferentes adaptaciones</i>	60

Índice de figuras

Figura 1	16
Figura 2.	51
Figura 3	52

*Self-belief does not necessarily ensure success,
but self-disbelief assuredly spawns failure.*

Albert Bandura

1. Capítulo introductorio

1.1 Resumen

La autoeficacia es un concepto desarrollado por Albert Bandura (1977) que refiere a la convicción que un individuo posee acerca de su competencia para efectuar una determinada tarea o afrontar una situación. Se ha establecido una relación estrecha entre la autoeficacia y constructos como la depresión, ansiedad y autoestima, entre otros (Ortiz y del Barrio, 2002).

La presente investigación tuvo como primer objetivo informar, en una población uruguaya universitaria, las características psicométricas de la Escala de Autoeficacia General desarrollada por Schwarzer y Jerusalem en 1979. Para ello se realizó una adaptación, partiendo de la versión española elaborada por Bähler y Schwarzer (1996). El segundo objetivo consistió en analizar la relación entre la autoeficacia con los constructos de depresión, ansiedad, autoestima, extensión temporal, y diferentes variables sociodemográficas.

Mediante los resultados obtenidos se puede afirmar que la Escala de Autoeficacia General presenta una consistencia interna adecuada (α . 83 y ω .87) para ser aplicada en una población uruguaya universitaria. El AFE replicó la estructura unifactorial y el AFC exhibió índices de bondad aceptables (χ^2/gl : 3.32, CFI: .97, TLI: .94, WRMR: 1.0). A su vez se encontraron correlaciones positivas con autoestima y una débil correlación con extensión temporal de pasado. La autoeficacia presentó correlaciones negativas con depresión, ansiedad estado y ansiedad rasgo, todas fueron estadísticamente significativas. A nivel sociodemográfico se encontraron diferencias en la autoeficacia de acuerdo a la edad, estado civil, el grado de avance en la carrera y a la cantidad de personas que viven en el hogar. La presente investigación nos permite afirmar que la Escala de Autoeficacia General puede ser utilizada en contextos clínicos o académicos uruguayos en la población estudiada.

Palabras clave: Autoeficacia, psicometría, adaptación uruguaya.

Abstract

Self-efficacy is a concept developed by Albert Bandura (1977). Such concept refers to the belief an individual has about their competence to carry out a certain task or face any determined situation. A close relationship has been established between self-efficacy and social constructs such as depression, anxiety and self-esteem, among others (Ortiz and del Barrio, 2002).

The main objective of this research is to inform -in a Uruguayan undergraduate population- the psychometric properties of the General Self-efficacy Scale developed by Schwarzer and Jerusalem in 1979. For such purpose, an adaptation was made to the Spanish version prepared by Bähler and Schwarzer (1996). The second objective consists on analyzing the relationship between self-efficacy with depression, anxiety, self-esteem, temporal extension, and different sociodemographic variables.

Provided the results obtained, it can be affirmed that the General Self-Efficacy Scale presents an adequate internal consistency, α . 83 and ω .87, to be applied in a Uruguayan undergraduate population. The EFA replicated the unifactorial structure and the CFA exhibited acceptable goodness of fit indexes (χ^2 / gl : 3.32, CFI: .97, TLI: .94, WRMR: 1.0). In addition, positive correlations were found with self-esteem and a weak correlation with past temporal extension. Self-efficacy presented negative correlations with depression, state anxiety and trait anxiety, all of which were statistically significant. At a sociodemographic level, differences were found in self-efficacy according to age, marital status, studies stage of advance, and the number of people living at home. The present research allows us to affirm that the General Self-efficacy Scale can be used in Uruguayan clinical or academic contexts in the studied population.

Keywords: Self-efficacy, psychometrics, Uruguayan adaptation.

Resumo

Autoeficácia é um conceito desenvolvido por o Albert Bandura (1977), que refere-se à convicção que um indivíduo tem sobre sua competência para realizar determinada tarefa ou enfrentar uma situação. Uma estreita relação foi estabelecida entre a autoeficácia e construtos tais como a depressão, ansiedade e autoestima, entre outros (Ortiz e del Barrio, 2002).

O objetivo principal desta pesquisa foi informar, em uma população universitária uruguaia, as características psicométricas da Escala Geral de Autoeficácia desenvolvida por Schwarzer e Jerusalém em 1979. Para tal fim, foi feita uma adaptação, a partir da versão em espanhol elaborada por Bähler e Schwarzer (1996). O segundo objetivo consistiu em analisar a relação da autoeficácia com os construtos depressão, ansiedade, autoestima, extensão temporal e diferentes variáveis sociodemográficas.

De acordo com os resultados obtidos, pode-se afirmar que a Escala Geral de Autoeficácia apresenta uma adequada consistência interna, α . 83 e ω .87, para ser aplicada em uma população universitária uruguaia. O AFE replicou a estrutura unifatorial e o CFA exibiu índices de bondade aceitáveis (χ^2 / gl: 3,32, CFI: 0,97, TLI: 0,94, WRMR: 1,0). Adicionalmente, foram encontradas correlações positivas com a autoestima e pequena correlação com a extensão temporal do passado. A autoeficácia apresentou correlações negativas com depressão, ansiedade-estado e ansiedade-traço, todas estatisticamente significativas. Ao nível sociodemográfico, foram encontradas diferenças na autoeficácia de acordo com a idade, estado civil, grau de avanço na formação acadêmica e o número de pessoas que moram em a casa. A presente pesquisa permite afirmar que o Escala Geral de Autoeficácia pode ser utilizado em contextos clínicos ou acadêmicos uruguaiois em a população estudada.

Palavras-chave: Autoeficácia, psicometria, adaptação uruguaia.

1.2 Agradecimientos

A mis padres por estimularme siempre la búsqueda de conocimiento y formación profesional. Y a mi padre especialmente por su enorme paciencia a la hora de ayudarme a corregir el estilo de mis textos.

A mi hermana que también está iniciando el camino de la docencia universitaria.

A Ceci, mi compañera de vida y futura esposa, por acompañarme en la etapa final de esta tesis.

A la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, por ser ya luego de 13 años, mi segunda casa.

A la Agencia Nacional de Investigación e Innovación por financiar esta investigación.

A Víctor Ortuño, quién fue un engranaje fundamental en este proyecto. Su enorme generosidad a la hora de compartir su conocimiento, su asesoramiento, disponibilidad y ayuda constante hicieron posible esta tesis.

A Hugo Selma por tutorear esta tesis y, sobre todo, por ser un gran compañero y consejero.

A mi amigo James Maddux, ya que sin su influencia y amistad nunca me hubiese interesado en el concepto de autoeficacia.

A Gabriela Fernández Theoduloz, Paul Ruiz, Federico Montero y Valentina Paz, quienes han sido estos años el núcleo Cognitivo Conductual en la Facultad de Psicología.

A Ana Laura Russo, Beatriz Falero, Jorge Salvo, Erika Capnikas, Juan Luis Chavez, Jorge Cohen, Susana Martínez por compartir tiempo de sus clases teóricas para poder llevar a cabo el trabajo de campo. También al resto de mis compañeros docentes de la Facultad de Psicología.

A mis compañeros de maestría, con quienes compartí largas tardes de clases.

A los participantes, sin ellos esta investigación no hubiese sido imposible.

A Ralf Schwarzer por permitirme utilizar su instrumento.

Finalmente, a Albert Bandura, quién falleció el presente año. Sin él, más que nadie, nada de esto hubiera sido posible.

1.3 Contexto de esta tesis

Este trabajo fue desarrollado por el Licenciado Vicente Chirullo, quien se recibió de Licenciado en Psicología por la Facultad de Psicología de la Universidad de la República. A su vez está posgraduado en Psicoterapia Cognitivo Comportamental, especializado en niños, por la Sociedad Uruguaya de Análisis y Modificación de la Conducta (SUAMOC).

La tesis se realizó en el marco de la Maestría en Psicología clínica (cohorte 2017) de la Facultad de Psicología de la UdelaR. Vicente Chirullo se desempeña como Ayudante Grado 1 en el Instituto de Psicología Clínica desde fines del 2017, teniendo adscripción al *Desarrollo e investigación en y con técnicas de diagnóstico y evaluación psicológica*. El objetivo general de este Programa es el estudio de las técnicas de diagnóstico y evaluación psicológica utilizadas por el psicólogo en su práctica clínica.

Para desarrollar esta tesis, contó con una beca de la Agencia Nacional de Investigación e Innovación (2017), en el programa de Formación: Maestrías y Doctorados en Uruguay opción Investigación Fundamental.

1.4 Organización de la tesis

Esta tesis se organiza en ocho capítulos. Esos capítulos a su vez se dividen en subcapítulos y estos en apartados. El primer capítulo incluye el resumen, los agradecimientos y la introducción. El segundo refiere al marco teórico. En el primer subcapítulo se revisa el concepto de autoeficacia, enmarcándolo en la teoría sociocognitiva; en el siguiente se desarrollan conceptos afines como el de autoestima, autoconcepto y locus de control y en el tercero se exponen otros conceptos estudiados en esta tesis. En el subcapítulo final se describen aspectos generales y directrices sobre la Adaptación de test y cuestionarios. En el capítulo 3 se desarrollan los antecedentes generales sobre la Escala de Autoeficacia General. El primer subcapítulo refiere a las evidencias sobre fiabilidad, el segundo sobre validez de constructo, específicamente las evidencias que hay de análisis factoriales, y el tercero validez convergente y divergente. El subcapítulo final refiere a

antecedentes sobre la relación entre la autoeficacia y datos sociodemográficos que también fueron estudiados en esta investigación. El cuarto capítulo refiere al planteamiento del problema de investigación. El primer subcapítulo plantea los objetivos y el segundo las preguntas que esta tesis busca responder. El quinto capítulo es bastante extenso y aborda los siguientes subcapítulos: diseño, características de la muestra, una descripción de los instrumentos utilizados que incluye los índices de fiabilidad obtenidos en la presente tesis, los procedimientos metodológicos que incluye la recolección de datos y los análisis estadísticos, las consideraciones éticas y finalmente el proceso de adaptación de la Escala de Autoeficacia General. El sexto capítulo expone los resultados obtenidos. Está organizado en el mismo orden que se plantearon los objetivos de la investigación, organizándose en los siguientes subcapítulos: análisis preliminares (donde se desarrollan las pruebas de normalidad aplicadas), propiedades psicométricas, análisis sobre la fiabilidad, análisis factorial exploratorio y confirmatorio, correlaciones con otros instrumentos y finalmente correlaciones con datos sociodemográficos. Este último subcapítulo se divide en los siguientes apartados: autoeficacia, edad género y estado civil; autoeficacia y nivel educativo; autoeficacia y variables económicas y finalmente autoeficacia, terapia y psicofármacos. El capítulo siete discute los resultados presentados en el capítulo anterior por lo cual está organizado de una manera similar, con ligeras diferencias. Finalmente se exponen las conclusiones

2. Marco teórico

Este capítulo desarrolla diferentes conceptos teóricos que serán abordados en la presente investigación. En primer lugar, se expone el concepto de autoeficacia enmarcado en la teoría sociocognitiva. Luego se desarrollan otros conceptos relacionados, particularmente los de autoconcepto, autoestima y locus de control. A continuación, se abordan otros conceptos que son tratados en esta tesis, específicamente los de depresión, ansiedad y extensión temporal. Finalmente se desarrollan aspectos referidos a la Adaptación de test y cuestionarios.

2.1 Concepto de autoeficacia y teoría sociocognitiva

De acuerdo con Bandura (1999) las personas luchan por controlar los acontecimientos que afectan sus vidas. Al influir en áreas sobre las que pueden imponer cierto grado de control, son más capaces de hacer realidad los futuros deseados y evitar los indeseados. La incapacidad para influir sobre las cosas que afectan adversamente la vida genera aprensión, apatía o desesperación. En cambio, la capacidad para producir resultados valiosos es un gran aliciente para el desarrollo y el ejercicio del control personal. Según Maddux y Kleiman (2020) la autoeficacia juega un importante papel en la salud física, la autorregulación y los procesos psicoterapéuticos. Posiblemente por esta razón ha sido uno de los constructos más estudiados de la teoría psicológica socio-cognitiva (Bandura, 1986). La teoría sociocognitiva es un abordaje que busca dar cuenta del pensamiento humano, el comportamiento, la acción y las emociones, que parte de la base de que las personas son sujetos activos en la construcción de conocimiento y no meros receptores pasivos del ambiente (Maddux y Kleiman, 2020).

La autoeficacia se asocia positivamente con constructos como autoestima, motivación, conductas saludables en el cuidado físico (Cid et al., 2010), mayor tolerancia al dolor (Rejeski, et al, 1996), consecución académica (Contreras et. al, 2005). En cambio, correlaciona en forma negativa con ansiedad, depresión (Ortiz & del Barrio, 2002; Schwarzer, et al, 1997), conductas de riesgo sexual (Gómez, Ibadeta, Muñoz y Pardo, 1996) y conductas antisociales (Bandura, et al, 2001).

Maddux y Kleiman (2020) consideran que a pesar de que el término autoeficacia tiene un origen reciente, el interés en las creencias de control personal tiene una larga historia en la filosofía y la psicología, ejemplo de ello son Spinoza, Hume, Locke, James entre otros. Sin embargo, fue Albert Bandura quien inició el estudio del concepto de autoeficacia en 1977, cuando formalizó esta noción en el artículo *Self-Efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change*. Fue definida por Bandura (1999) como “las creencias en las propias capacidades para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para manejar situaciones futuras. Las creencias de eficacia influyen sobre el modo de pensar, sentir, motivarse y actuar de las personas” (p. 21). La autoeficacia - también llamada eficacia percibida - son los juicios de cada persona sobre su capacidad para producir efectos deseados a partir de sus propias acciones; puede caracterizarse como basada en la competencia, prospectiva y relacionada a la acción (Luszczynska, Scholz et al., 2005). A partir de la autoeficacia las personas planificarán y realizarán actos que les permitan alcanzar lo que desean (Cid et al., 2010).

La eficacia percibida funciona como un factor clave en el nivel de competencia humana, determinando la elección de actividades, motivación y esfuerzo y la persistencia en esa misma actividad, independientemente de las dificultades encontradas. También ejerce una considerable influencia sobre los esquemas de pensamiento y las emociones generadas como resultado de estos esquemas (Ortiz y del Barrio, 2002). Se han establecido relaciones entre la autoeficacia y otros constructos como el *burnout* y el *engagement* (García-Renedo, Llorens, Cifre, & Salanova, 2006). Se considera que sujetos con un elevado nivel de autoeficacia afrontan las dificultades como desafíos, en tanto aquellos que poseen/presentan un bajo nivel de autoeficacia, las perciben como amenazas (Ortiz y del Barrio, 2002).

Se vuelve relevante establecer de dónde provienen las creencias de eficacia. De acuerdo a Maddux y Kleiman (2020), en primer lugar el desarrollo temprano de la autoeficacia está mediado por la capacidad de pensamiento simbólico, de la capacidad de entender relaciones de causa-efecto, de auto-observación y auto-reflexión.

En segundo lugar, es influenciado por la sensibilidad del medio. Los ambientes que son más sensibles a las acciones de los niños facilitan el desarrollo de las creencias de eficacia. Esto refiere en gran medida al ambiente social del niño, generalmente compuesto por los progenitores.

Los padres pueden facilitar o dificultar el desarrollo de las creencias de eficacia, alentando o desalentando al niño a explorar y manejar el ambiente (Maddux y Kleiman, 2020).

A lo largo de la vida los individuos están continuamente integrando informaciones que permiten desarrollar y modificar sus creencias de eficacia. Estas informaciones provienen de diferentes fuentes:

- Las acciones que llevamos a cabo representan la principal fuente de información para el individuo/sujeto. De acuerdo a Bandura (1977), los intentos exitosos de control sobre situaciones que son atribuidos a los esfuerzos de la persona por ella misma, fortalecen las creencias de autoeficacia, mientras que las percepciones de fracaso que son atribuidas a la falta de habilidad, usualmente debilitan las creencias de autoeficacia.

- Una segunda fuente son las experiencias vicarias. Estas experiencias refieren a las observaciones de comportamientos desarrollados por otras personas y sus consecuencias. Bandura también desarrolló a fines de los años 50 el modelo de aprendizaje imitativo, también denominado modelado, vicario, social u observacional (Chertok, 2006).

- Los eventos que imaginamos también influyen nuestras creencias de eficacia, estos constituyen la tercera fuente de información. Estas imágenes mentales pueden provenir de experiencias actuales, experiencias pasadas similares a experiencias actuales o experiencias de otros.

- Las personas también son influenciadas por lo que otras personas dicen sobre lo que piensan que podemos o no podemos lograr. Este también es un factor que afecta las creencias de autoeficacia, aunque menos influyente que los anteriores y depende de la experiencia, el atractivo y otros factores de la fuente.

- Otro aspecto que influye nuestras creencias de eficacia son los estados psicológicos y emocionales. Aprendemos a asociar malos desempeños o percepción de fracaso con estados psicológicos desagradables y el éxito con estados emocionales placenteros. Cuando una persona es consciente de que siente displacer, es más probable que dude sobre su competencia para realizar una tarea, que si su estado mental fuese neutral o placentero. Las sensaciones psicológicas agradables hacen más probable que las personas se sientan seguras de sus habilidades para realizar determinadas acciones.

- De acuerdo a Bandura (1977), las situaciones estresantes y agotadoras generan excitación emocional, que dependiendo de la situación pueden proveer información referente a la

competencia personal. En ese sentido, la excitación física puede ser otra fuente de información que afecte la autoeficacia. Según este autor, un alto nivel de excitación usualmente tiene un impacto negativo sobre el desempeño. Las personas que esperan tener éxito no suelen estar afectados por un alto nivel de excitación negativa.

Es relevante distinguir entre lo que son las expectativas de eficacia y las de resultados. Las primeras implican la confianza del individuo en lograr realizar una acción, mientras que las segundas refieren a las consecuencias de esta acción (Brenlla, et al., 2010). Bandura (1977) realiza esta distinción, remarcando que un individuo puede creer que un particular curso de acción generará determinados resultados, pero si tiene dudas sobre si puede desarrollar estos comportamientos, la información previa no influirá sobre su conducta. Las expectativas de resultados pueden influenciar la autoeficacia percibida (Maddux, et al., 1982). La imagen (Bandura, 1977) ilustra la relación entre expectativas de eficacia y expectativas de resultado.

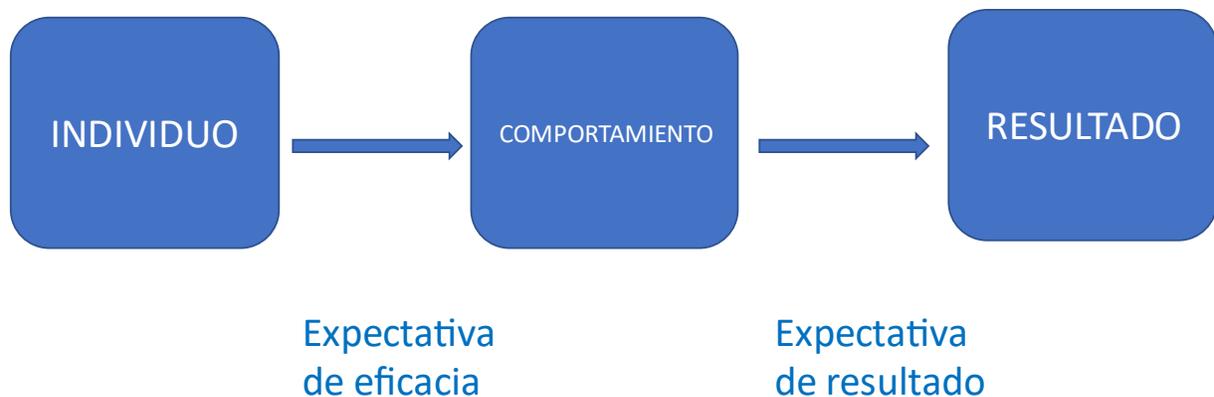


Figura 1. Representación en diagrama de la diferencia entre las expectativas de eficacia y las expectativas de resultado (Bandura 1977, p. 193).

August Flammer en el texto de Bandura (1999) plantea que existe un conjunto de creencias dentro de las que se enmarca la autoeficacia, que son denominadas creencias de control. Las creencias de control se pueden enmarcar en las creencias de competencia y las de contingencia. La autoeficacia es una creencia de competencia. El autor también se refiere a los conceptos de agencia y medios/fines planteados por Skinner (Skinner & Chapman, 1984) y la valoración primaria y valoración secundaria planteada por Lazarus (Lazarus & Folkman, 1984). Las creencias de control estarían plenamente establecidas o desarrolladas hacia el final de la primera década de vida. Este autor plantea que las creencias de control son importantes ya que son un prerrequisito para la planificación y regulación de aquellas acciones orientadas a metas; además son parte del autoconcepto, donde determinan en gran medida los sentimientos de autoestima, generando emociones como orgullo, vergüenza y depresión. En relación al desarrollo de la autoestima y de las autoconcepciones, para el autor probablemente se extienda a lo largo de todo el curso vital. Flammer plantea que poseer cierto grado de control sobre una serie de acontecimientos en la vida es una condición importante para la supervivencia, aportando poder físico o social y por consiguiente respeto social. De esta manera las personas derivan una parte importante de su autoestima del poder social. Los conceptos de autoestima y autoconcepto serán tratados en el próximo apartado 2.2.

De acuerdo a Bandura (1977) la autoeficacia puede variar de acuerdo a la dimensión de desempeño a la que se refiera. También pueden diferir en magnitud, por ejemplo, cuando la tarea tiene un alto nivel de dificultad las expectativas de eficacia de diferentes individuos pueden variar limitándose solo a tareas simples o llegando hasta las complejas. La autoeficacia puede diferir también en la generalización: algunas experiencias generan expectativas de buen desempeño, pero se circunscriben a esa experiencia. Adicionalmente la autoeficacia también varía en fuerza. Las expectativas de eficacia débiles son fácilmente extinguibles por medio de experiencias negativas, mientras que los individuos que poseen expectativas de eficacia fuertes perseverarán más a pesar de las experiencias negativas.

La autoeficacia usualmente se refiere a un área específica como el rendimiento académico o profesional, el involucramiento en conductas de riesgo, entre otros (Bandura, 1999). Sin embargo, algunos investigadores consideran la existencia de un constructo de autoeficacia general (Scholz, et al., 2002; Schwarzer & Jerusalem, 1995; Maddux, et al., 1982). De acuerdo a Bandura, recogido

por Maddux y Kleiman (2020), si bien se han desarrollado medidas de la autoeficacia a nivel general y son frecuentemente utilizadas en las investigaciones, no han sido tan útiles como las medidas específicas de autoeficacia en su capacidad para medir cómo se comportarán las personas bajo circunstancias específicas. Los mencionados autores coinciden con Bandura que para la mayoría de las aplicaciones la autoeficacia percibida debe ser conceptualizada en dominios específicos, sin embargo, la autoeficacia general puede explicar un mayor rango de comportamientos humanos y afrontamiento cuando las situaciones son menos específicas (Luszczynska, Gutiérrez-Doña et al., 2005). Las creencias de autoeficacia general refieren a la confianza que uno tiene en sus habilidades de hacer frente a un amplio espectro de situaciones, como tareas nuevas y estresores de la vida cotidiana (Damásio et al., 2016).

Consideramos que las pruebas específicas arrojan niveles de autoeficacia específicos para determinadas situaciones, quedando su asociación con factores como la autoestima, la depresión o la ansiedad condicionados a la importancia que la persona adjudique a tales actividades. Sin embargo, una medida de autoeficacia general que releve el nivel en que un individuo se siente capaz de realizar las diferentes actividades de su vida, podrá presentar una asociación más clara y directa con factores como la autoestima o la ansiedad como rasgo. Como se mencionó previamente, en esta investigación, se utilizará la Escala de Autoeficacia General (EAG) de Schwarzer y Jerusalem (1979).

La autoeficacia general ha correlacionado positivamente con optimismo, autoestima, autorregulación, calidad de vida, afectos positivos, competencia percibida, personalidad resistente, afrontamiento centrado en la tarea y satisfacción en el trabajo/colegio. Por otro lado, ha correlacionado negativamente con depresión, ansiedad y síntomas físicos (Ortiz & del Barrio, 2002; Schwarzer et al., 1997; Suárez et al., 2000; Luszczynska, Scholz et al., 2005; Villamarin, 1990a). También ha demostrado ser un elemento protector que aumenta la motivación y la consecución académica, disminuye las alteraciones emocionales y mejora las conductas saludables en el cuidado físico (Villamarin, 1990b; Ortiz & del Barrio, 2002).

2.2 Conceptos relacionados: autoestima, autoconcepto y locus de control

Como mencionamos la autoeficacia general es la creencia en la competencia para hacer frente a nuevas tareas o afrontar dificultades, haciendo diferencia en cómo la gente siente, piensa y actúa. De acuerdo a Luszczynska, Gutiérrez-Doña y colaboradores (2005) estas características la distinguen de otros constructos como la autoestima, el autoconcepto y el locus de control, por lo cual consideramos necesario desarrollar mínimamente estos constructos.

De acuerdo a Sánchez, Gimenez y Merino (1997) la autoestima es una instancia de evaluación, es la valoración que hacemos de nosotros mismos. Estos autores lo definen como *"un conjunto de actitudes, valores y juicios de los demás que, repercutiendo directa o indirectamente, nos hacen formar una opinión acerca de nosotros mismos implicando con ello un comportamiento y una actitud consecuyente."* (p. 202). Según los mismos autores la principal influencia en la conformación de la autoestima son los padres. Esta influencia es ejercida a través de los sistemas de reforzamientos y castigos y a través del aprendizaje modelado. McKay y Flanning (1991) comparten que el estilo educativo de los padres durante los primeros años de vida determinará la autoestima del niño. En la etapa escolar y la adolescencia, la institución educativa será el segundo ámbito más importante en la formación de la autoestima y los educadores y los compañeros quienes ocuparan un lugar protagónico. En esta investigación se utilizará como instrumento de medición de la autoestima la Escala de Autoestima General de Rosenberg (1965) quien definió la autoestima como la actitud global que el individuo tiene hacia sí mismo, favorable o desfavorable.

La noción de autoconcepto es definida por Marsh y Shavelson. Es muy similar y está relacionada con la de autoestima, pero a diferencia de esta, consiste en una noción descriptiva. El autoconcepto es la percepción que la persona tiene sobre sí misma, se conforma a través de las experiencias y la interpretación del entorno, influenciada sobre todo por la evaluación de personas significativas, sistemas de reforzamientos y atribuciones sobre las conductas. El autoconcepto positivo se vincula con actitudes saludables y relaciones de apego seguro. Para Merino y colaboradores (1997) el autoconcepto estaría influenciado también por lo que las otras personas significativas piensan de nosotros, todo aquello que piensan es digno de valor y estima.

De acuerdo a Bandura (1977), existe otro concepto que ha estado vinculado al de autoeficacia y debe distinguirse: es el concepto de Locus de Control, desarrollado por Rotter en su Teoría del Aprendizaje Social (1966). Según esta teoría la conducta de los individuos puede predecirse según como estos interpretan una situación en función de sus expectativas sobre su propia conducta y las evaluaciones de los resultados que podrían suceder a partir de su conducta en esa situación. Esta teoría distingue entre un Locus de Control Interno, que es la creencia generalizada según la cual los refuerzos que siguen a una conducta están directamente relacionados con la conducta de los sujetos y un Locus de Control Externo que es la creencia de acuerdo a la cual los refuerzos que siguen a una acción son impredecibles, están bajo el control de otras personas o están predeterminados, ya que responden al destino o a la suerte. El Locus de Control, de acuerdo a Bandura (1977), refiere esencialmente a las creencias causales de las contingencias acción-resultado. Es decir, si los resultados son el producto de las acciones propias o de causas externas. En cambio, la autoeficacia refiere a la capacidad que una persona cree tener para ejecutar una acción de manera exitosa. Dice Bandura que aquellas personas que atribuyen los resultados a acciones propias pero que carecen de habilidades, experimentaran un bajo sentido de autoeficacia de cualquier manera. Bandura pone el ejemplo de un niño que falla en matemáticas, por debajo del nivel esperado para su grado. En este caso el niño puede darse cuenta que los malos resultados son la consecuencia de su pobre desempeño, sin embargo, su sentido de autoeficacia será bajo.

2.3 Otros conceptos relevantes para esta investigación: Depresión, ansiedad y extensión temporal

En esta investigación además de informar las características psicométricas de la Escala de Autoeficacia General en una población uruguaya universitaria, se exploran las correlaciones con los constructos de autoestima que fue desarrollado más arriba, y con los conceptos de depresión, ansiedad y extensión temporal, los cuáles serán desarrollados brevemente a continuación.

2.3.1 Depresión:

La depresión se presenta como un conjunto de síntomas de predominio afectivo, entre los que se cuentan la tristeza, apatía, anhedonia, desesperanza, irritabilidad, sensación subjetiva de malestar e impotencia. También se encuentran presentes síntomas de tipo cognitivo, volitivo y somático, por lo que se habla de una afectación global y psíquica, con predominio de la esfera afectiva (Marcus, et al., 2012).

Según el DSM-5 (Morrison, 2015) dentro de los trastornos depresivos se incluyen el trastorno de desregulación disruptiva, el trastorno depresivo mayor, el trastorno depresivo persistente, el trastorno disfórico pre-menstrual, el trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, el trastorno depresivo debido a afección médica y otro trastorno depresivo especificado y no especificado. El rasgo que comparten todos estos trastornos es la presencia de un ánimo triste, vacío o irritable, junto con cambios somáticos y cognitivos que afectan la capacidad funcional del individuo. Lo que los diferencia es la duración, presentación temporal o la etiología.

En esta investigación se utilizó el BDI como instrumento de medición de la depresión (Beck, et al., 1961). Este instrumento parte de la concepción cognitiva de la depresión desarrollada por Beck (Beck, et al., 1979) en el marco de la terapia cognitiva. La terapia cognitiva es un proceso activo, directivo, estructurado y de tiempo limitado que apunta a tratar alteraciones psiquiátricas. Se basa en el supuesto de que los efectos y la conducta de un individuo están determinados en gran medida por el modo que tiene dicho individuo de estructurar el mundo. Sus cogniciones (“eventos” verbales o imágenes mentales en su corriente de conciencia) se basan en actitudes o supuestos (esquemas) desarrollados a partir de experiencias anteriores (Beck, et al., 1979).

Beck y colaboradores (1979) desde el modelo cognitivo consideran que la depresión está compuesta por tres elementos: los esquemas idiosincráticos, la tríada cognitiva de la depresión y los errores cognitivos. El modelo cognitivo considera los signos y síntomas de la depresión como consecuencia de esquemas idiosincráticos. Estos esquemas moldean la percepción y la interpretación que las personas hacen de la realidad. Son patrones cognitivos estables y negativos con los que las personas depresivas interpretan el mundo. Los esquemas se generan con experiencias tempranas y suelen resultar adaptativos en su origen, sin embargo, pueden volverse

desadaptativos, rígidos y resistentes al cambio. Tanto los esquemas disfuncionales como los funcionales se generan por experiencias tempranas. En la teoría de Beck los síntomas depresivos se generan a partir de la activación de patrones de pensamiento negativo que se enmarcan en estos esquemas. Beck sostiene que, si las personas piensan erróneamente que van a ser rechazadas, reaccionarán con la misma emoción de tristeza o enfado que si esto sucediese en realidad. Los síntomas motivacionales también pueden ser adjudicados a los patrones cognitivos. La poca fuerza de voluntad e inclusive los síntomas físicos pueden ser explicados por las expectativas de fracaso que suelen tener los pacientes depresivos. Estos pacientes suelen verse como una carga para otros y pensar que el mundo estaría mejor si no estuviesen vivos.

Los pensamientos negativos pueden transcurrir en tres áreas: la conceptualización negativa de sí mismos, la conceptualización negativa del futuro y la conceptualización negativa del mundo. A esto Beck llama triada cognitiva de la depresión. Las personas depresivas tienden a focalizarse en sus defectos, a creer que el mundo les hace demandas que no pueden cumplir; a su vez ven al mundo como un lugar hostil y consideran que no podrán mejorar en el futuro.

Los errores cognitivos son alteraciones en la interpretación de la realidad que llevan a los pacientes a confirmar sus esquemas idiosincráticos sobre el mundo. Por ejemplo, un paciente depresivo puede anticipar que va a fracasar en una tarea, aún sin evidencia real de ese fracaso.

2.3.2 Ansiedad

Los trastornos de ansiedad para el DSM-5 (Morrison, 2015) comparten características de miedo y ansiedad exacerbados y conllevan alteraciones conductuales asociadas. El mismo manual realiza la siguiente distinción entre miedo y ansiedad, aclarando que ambas respuestas se solapan: “El miedo es una respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria, mientras que la ansiedad es una respuesta anticipatoria a una amenaza futura (p.189)”.

Los trastornos de ansiedad se diferencian según el tipo de situaciones u objetos que generan miedo, ansiedad o las conductas evitativas y los pensamientos asociados, teniendo una alta comorbilidad entre sí. También se distinguen del miedo o ansiedad normal por persistir más de seis meses (se usa este criterio temporal como guía general). Las personas con trastornos de ansiedad suelen sobreestimar el peligro en las situaciones que temen. Dentro del DSM-5 se pueden encontrar los

siguientes trastornos de ansiedad: trastorno de ansiedad por separación, mutismo selectivo, fobia específica, trastorno generalizado de ansiedad, trastorno de ansiedad social, trastorno de pánico, agorafobia, trastorno de ansiedad inducido por sustancias /medicamentos, otro trastorno de ansiedad especificado y otro trastorno de ansiedad no especificado (Morrison, 2015).

Desde el modelo sociocognitivo Albert Bandura (1988) define la ansiedad como un estado de aprensión anticipada respecto de posibles acontecimientos negativos. Una emoción de miedo caracterizado por la excitación fisiológica o sentimientos subjetivos de agitación. Implica una excitación afectiva anticipatoria que se etiqueta cognitivamente como un estado de susto. El proceso de etiquetar un estado de excitación afectiva como ansiedad está fuertemente influenciado por el contexto cognitivo y situacional en el cual ocurre.

En esta investigación se utilizará como instrumento de medición de la ansiedad el cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI; Spielberger, et al., 1970). Este cuestionario comprende dos escalas que evalúan en manera separada la ansiedad como Estado y como Rasgo. De acuerdo a los autores, la ansiedad como Estado es definida como una condición emocional transitoria, caracterizada por sentimientos subjetivos, percibidos en forma consciente, de tensión, aprensión, así como por una hiperactividad del sistema nervioso autonómico. Puede variar con el tiempo y en la intensidad. Por otro lado, la ansiedad como rasgo está conceptuada como una tendencia ansiosa, que diferencia a las personas en su forma de percibir las situaciones como amenazantes y en función de eso, elevar su ansiedad como Estado. En general los sujetos con mayor ansiedad Rasgo, presentan mayor ansiedad Estado que aquellos que tienen menos ansiedad Rasgo, ya que perciben mayor cantidad de situaciones como amenazantes. También tienden a responder con mayor Ansiedad Estado ante aquellas situaciones que supongan una amenaza para la autoestima (Spielberg et al., 1970).

2.3.3 Extensión temporal

Si bien el estudio del tiempo es algo que ha intrigado a los seres humanos desde siempre (Ortuño, 2020) fue Lewin quien en 1965 definió el concepto de perspectiva temporal como la totalidad de las visiones que el individuo tiene de su futuro y de su pasado psicológico en un momento dado. Para Nuttin y Lens (1985) la perspectiva temporal es, junto a la actitud temporal y a la orientación temporal, uno de los aspectos constituyentes del tiempo psicológico. En 1999 Zimbardo y Boyd (1999) definieron la perspectiva temporal como un proceso tendencialmente no consciente por medio del cual las experiencias personales y sociales se catalogan en categorías o marcos temporales, ayudando a los individuos a asignarles orden, coherencia y significado a las experiencias. El modelo propuesto por estos autores consta de cinco marcos o perspectivas temporales: el pasado positivo, el pasado negativo, el presente hedonista, el presente fatalista y el futuro. A los que se le agregó una sexta dimensión: el futuro trascendental (Zimbardo y Boyd, 1997). Mientras el presente hedonista está vinculado a la búsqueda de emociones y novedad, con un menosprecio de las consecuencias, el presente fatalista refiere a una falta de control sobre los acontecimientos, está acompañado de desesperanza y se considera la dimensión más disfuncional (Drake, et al. 2008). El pasado negativo está relacionado a sentimientos de ansiedad, depresión e ira, mientras en el pasado positivo está vinculado a una visión afectiva, sentimental y entusiasta del pasado. La dimensión de futuro originalmente se asociaba a los aspectos más motivacionales, sin embargo, más adelante se le agregó una nueva dimensión denominada futuro trascendental (Nuttin & Lens, 1985). Esta dimensión explora las creencias de los individuos acerca de la posibilidad de que exista vida después de la muerte del cuerpo físico, sus características, y la manera en que las acciones cotidianas influyen sobre esta supuesta vivencia post-mortem. Asimismo, Holman y Silver (2005) han señalado la importancia de analizar no solo la valencia positiva de la inclinación futura, sino también la negativa en lo que han conceptualizado como futuro negativo. El futuro negativo está asociado a la angustia psicológica y correlaciona negativamente con afectos positivos (Holman y Silver, 2005). Ortuño y Vásquez (2013) presentaron evidencia de como el futuro negativo cumple un rol importante en la predicción de la autoestima del individuo.

De acuerdo a Ortuño (2020) existen estudios que asocian la perspectiva temporal futura con situaciones adaptativas y funcionales como los logros académicos (Bembenutty & Karabenick,

2004; Boniwell & Zimbardo, 2004). Las dimensiones temporales de pasado negativo y presente hedonista en cambio, están asociadas a conductas que pueden socavar la salud, como el consumo de alcohol y tabaco (Keough, Zimbardo, & Boyd, 1999), conducir imprudentemente (Zimbardo, Keough, & Boyd, 1997), entre otras.

Ortuño y Vásquez (2013) demostraron que la perspectiva temporal pasada es un importante indicador para la autoestima. Ortuño y colaboradores (2013) sostienen que la perspectiva temporal de pasado negativo es un indicador moderado de las relaciones interpersonales, el bienestar psicológico y la satisfacción con la vida.

De acuerdo con Nuttin y Lens (1985) la perspectiva temporal presenta cuatro propiedades: extensión, densidad, grado de estructuración y nivel de realismo. Algunos autores como Apostolidis y colaboradores (2006) postulan la existencia de otra propiedad de la perspectiva temporal, a la que llaman actitud. Este concepto se refiere a la inclinación más o menos positiva o negativa que el individuo adopta hacia los diferentes marcos temporales (pasado, presente y futuro). Lennings (1994) encontró una asociación entre la autoeficacia, la actitud positiva hacia la temporalidad y el locus de control. El concepto de extensión temporal refiere a la distancia percibida entre el momento presente y un determinado evento en el pasado o el futuro (Lenning & Burns, 1998), los autores la caracterizan como una propiedad cognitiva de la extensión temporal. Ortuño (2020) la considera un componente cognitivo-espacial de la perspectiva temporal, en la cual los objetos motivacionales son ubicados en el espacio psicológico más cerca o más lejos del momento presente. De acuerdo a Lens (1993) la extensión temporal influencia la distancia psicológica percibida de las metas, resultando de importancia en su concepción, satisfacción y persecución (De Volder & Lens, 1982; Lens et al., 2002). Lessing en 1968 demostró que una mayor extensión de perspectiva temporal futura tiene una correlación positiva con inteligencia, logro académico, situación económica y adaptación psicosocial. En el presente estudio aplicamos un inventario de extensión temporal, el Inventario de Extensión Temporal de Coimbra (Ortuño et al., in press).

2.4 Adaptación de test y cuestionarios

La Adaptación de test y cuestionarios para poder usarse en culturas diferentes a las que fueron construidos es una práctica que se remonta al momento mismo en que aparecieron las primeras escalas de test de Binet y Simon a comienzos del siglo XX. En las últimas décadas a su vez se ha incrementado, producto de una mayor conexión intercultural e idiomática debido al avance tecnológico (Muñiz et al., 2013).

Como refieren Gonçalves y colaboradores (2003), es fundamental contar con instrumentos con características psicométricas adecuadas para la población estudiada, especialmente porque los test hoy en día influyen en la toma de decisiones en múltiples ámbitos, como lo son el educativo, social, clínico, jurídico (Muñiz et al., 2013). Sin embargo, no existe ningún test adaptado a la población uruguaya que permita medir la autoeficacia general. En ese sentido consideramos que, por las características del constructo, la Escala de Autoeficacia General puede constituirse en un instrumento útil para su implementación en Instituciones de Salud e Instituciones Académicas.

Aspiramos a que el presente trabajo pueda aportar a la validación del instrumento para su uso en la población uruguaya en estudiantes universitarios. De igual forma creemos que el desarrollo de este estudio o investigación puede estimular la posterior adaptación a nuestra población de otros instrumentos de evaluación psicológica.

3. Antecedentes

En 1979 Schwarzer y Jerusalem desarrollaron un inventario compuesto por 20 ítems, cuyo objetivo es medir la autoeficacia general: La EAG. Este inventario fue reducido en 1981 a 10 ítems. Ha sido traducido a más de 28 idiomas (Luszczynska, Gutiérrez-Doña et al., 2005). Se tradujo al español en el año 1993 por Bábler y Schwarzer (1996). Una transcripción de la versión española de la EAG se encuentra en el Anexo I. Esta escala fue utilizada con éxito en países de habla hispana como España (Suárez et al., 2000; Bábler & Schwarzer, 1996), Argentina (Brenlla et al., 2010) y Chile (Cid et al., 2010; Clavijo et al., 2020), entre otros. Ha demostrado una consistencia interna buena – coeficiente α^1 de entre .75 y .91 (Scholz et al., 2002, Suárez et al., 2000; Brenlla, et al., 2010; Cid, et al., 2010; Blanco, 2010; Espada et al., 2012; De las Cuevas & Peñate, 2015; Clavijo et al., 2020) -. Actualmente es el cuestionario más usado a nivel mundial para evaluar la autoeficacia (Suárez, et al., 2000; Damásio et al., 2016). En este apartado se desarrollarán los antecedentes más significativos de investigaciones sobre la EAG en función de la cercanía sociocultural con la muestra de nuestra investigación y de los instrumentos utilizados.

3.1 Adaptaciones de la EAG y fiabilidad

A continuación, se describen los resultados obtenidos en diferentes adaptaciones de la EAG en referencia a la consistencia interna. Se desarrollan aquellos estudios que se consideren más vinculados a la presente investigación por la cercanía lingüística o más relevantes por la cantidad de muestras incluidas. Se incluyeron los resultados de una muestra china y alemana, ya que en ese estudio también se estudiaron las propiedades psicométricas para una muestra de Costa Rica (Schwarzer et al., 1997) y el rango en que se situó la consistencia interna en el estudio realizado por Scholz y colaboradores (2002), que incluyó muestras de 25 países. Los estadísticos, tamaños muestrales y rangos de edad pueden observarse en la tabla 1.

¹ Se utilizará el símbolo α para referirse al estadístico Alfa de Cronbach.

La adaptación original realizada por Bähler y Schwarzer (1996) obtuvo un α de .81. La mayoría de las investigaciones prefirieron el estadístico α de Cronbach, aunque también en un caso se utilizó el Ω^2 de McDonald. Siguiendo el criterio de Viladrich (2017), las investigaciones referenciadas reportan niveles de consistencia interna al menos aceptables para casi todas las muestras (Brenlla, et al., 2010; Cid, et al., 2010; Clavjio et al., 2020; Grimaldo Muchotrigo, 2005; Bueno-Pacheco et al., 2018; Moreta-Herrera et al., 2019; Padilla et al., 2006; Suarez et al., 2000; Blanco, 2010; De las Cuevas & Peñate, 2015; Blanco et al., 2019; Espada et al., 2012; Schwarzer et al., 1997; (Scholz et al., 2002).

En el estudio desarrollado por Espada y colaboradores (2012) se estudió la estabilidad temporal mediante la técnica de test-retest, siendo la puntuación obtenida de .43 mediante el coeficiente de correlación de Pearson, alcanzándose el nivel de significación estadística ($p < .01$).

Tabla 1

Antecedentes de fiabilidad

Investigación	α	Ω	N	Edad
Escala original (por Bähler y Schwarzer (1996)	.81	-	-	-
Adaptación argentina (Brenlla, et al., 2010)	.76	-	292	18-66
Adaptación chilena (Cid et al., 2010)	.84	-	360	15-65
Investigación chilena (Clavjio et al., 2020)	.88	.89	2995	11-76
Investigación ecuatoriana (Bueno Pacheco et al., 2018)	.87	.87	567	19-89
Investigación ecuatoriana (Moreta Herrera et al., 2019)	.87-.89	-	742	18-25
Adaptación peruana (Grimaldo Muchotrigo, 2005)	.75	-	589	14-17
Investigación española con estudiantes universitarios (Suarez et al., 2000)	.87	-	259	-
Investigación española Universidad Complutense de Madrid (Blanco, 2010)	.87	-	275	-
Investigación canaria (De las Cuevas & Peñate, 2015)	.90	-	966	-
Investigación Gallega (Blanco, 2019)	.90	-	1592	-
Investigación realizada con adolescentes españoles (Espada et al., 2012)		-	626	14-18
Muestra costarricense (Schwarzer et al., 1997)	.81	-	959	-
Muestra alemana (Schwarzer et al., 1997)	.84	-	430	-
Muestra china (Schwarzer et al., 1997)	.91	-	293	-
Investigación mexicana (Padilla et al., 2006)	.86	-	139	-
Investigación transcultural puntuaciones de India y Japón (Scholz et al., 2002)	.75 a .91	-	9198	12-94

² Se utilizará el símbolo ω para referirse al estadístico Omega de McDonald.

3.2 Validez de constructo

En este apartado se desarrollan los antecedentes referidos a la validez de constructo. Los aportes en relación a la estructura de la EAG son diversos en su origen, lo que demuestra el alcance y aceptación internacional del instrumento. Se seleccionaron a continuación aquellos que se consideran más relevantes para contrastar con los resultados del presente estudio en función de la cercanía lingüística y los análisis conducidos. Los datos de los Análisis de Componentes Principales, varianza explicada y cargas factoriales, se encuentran resumidos en la tabla 2. Los índices de ajustes reportados en los Análisis Factoriales Confirmatorios en la tabla 3.

En relación a la primera adaptación al español de la EAG, en 1996 Bähler y Schwarzer reportaron los datos de un Análisis de Componentes Principales que explicaba el 39% de la varianza y una estructura unifactorial. De los diferentes antecedentes todos replicaron la estructura unifactorial de la EAG original (Brenlla et al., 2010; Clavijo et al., 2020; Bueno Pacheco et al., 2018; Moreta-Herrera et al., 2019; Grimaldo Muchotrigo, 2005; Blanco et al., 2019; Espada et al., 2012; De las Cuevas & Peñate, 2015; Padilla et al., 2006; Schwarzer et al., 1997; Scholz et al., 2002; Damásio et al., 2016). De los estudios anteriormente citados es importante destacar aquellos transculturales (Schwarzer et al., 1997; Scholz et al., 2002; Damásio y colaboradores 2016).

No obstante, algunas de estas investigaciones también reportaron otras estructuras factoriales. Por ejemplo, en la adaptación argentina (Brenlla et al., 2010) se reportó que del Análisis Factorial Exploratorio emergen dos factores que explicarían el 44% de la varianza. Sin embargo, como el primer factor explica el 33% de la varianza los autores consideraron prudente inclinarse por la estructura unifactorial. Grimaldo Muchotrigo (2005) también informó que un modelo de tres factores podría explicar las relaciones entre los ítems. Sin embargo, considera que en busca de “la parsimonia” (p.11) del modelo de Autoeficacia se mantendrá el modelo unifactorial. En el estudio desarrollado en México por Padilla y colaboradores (2006) se realizó un Análisis de Componentes Principales que obtuvo dos factores, el primero explicaría el 46.36% de la varianza y el segundo un 9.65%. Las cargas factoriales oscilaron entre .40 y .80. De cualquier manera, los autores concluyeron que lo mejor es usar un criterio unifactorial.

En un estudio realizado con muestras de 25 países, Scholz y colaboradores (2002) realizaron Análisis de Componentes principales con las 25 muestras cuyos resultados sugerían la unidimensionalidad. Igualmente, luego realizaron un Análisis Factorial Confirmatorio para testear tanto la solución unifactorial como una bifactorial. Para estos autores el número ideal de factores debería cumplir los siguientes criterios: los autovalores de los factores debían ser mayores a 1; cada factor de la solución multifactorial debe estar cargado al menos por tres ítems; cada factor debe explicar al menos el 3% de la varianza. Los autores encontraron que la solución bifactorial no cumplía estos criterios, concluyendo que la mejor solución es la unidimensional.

Merece la pena destacar que Clavijo y colaboradores (2020) desarrollaron dos Análisis Factoriales Confirmatorios. En el primero, que testeaba el modelo unifactorial, presentó un ajuste bajo. Los índices de modificación revelaron residuos en los ítems 9 y 10, los cuales poseían una correlación elevada. Se probó un modelo unidimensional modificado, especificando la correlación residual. Los resultados de ambos modelos se muestran en la tabla 3.

Tabla 2.
Varianza explicada de acuerdo a los ACP y AFE realizados en diferentes estudios

	Varianza total	Cargas factoriales
Adaptación uruguaya (Chirullo, Selma y Ortuño, in press)	47%	.37-81
Primera versión en español (Bäbler y Schwarzer, 1996);	39%	-
Investigación argentina (Brenlla y colaboradores, 2010)	33%	.45-.65
Investigación chilena (Clavijo y colaboradores, 2020).	51.21%	.38-.75
Investigaciones ecuatorianas (Bueno-Pacheco et al., 2018; Moreta Herrera et al., 2019)	51.49%	.51-78
	52.10%	.40-.66
Investigación peruana (Grimaldo Muchotrigo, 2005)	31.90%	.32-.65
Investigación española (gallega) Blanco y colaboradores (2019)	74.17%	.49-.86
Investigación española (canaria) (De las Cuevas & Peñate, 2015)	50%	.55-81
Investigación española (Levante) (Espada et al., 2012).	51.88%	.56-.82
Muestra alemana (Schwarzer et al., 1997)	41%	-

Muestra costarricense (Schwarzer et al., 1997)	39%	-
Muestra china (Schwarzer et al., 1997)	55%	-
Investigación mexicana (Padilla et al., 2010)	46.36%	.40-.80

TABLA 3.

Índices de ajuste global del AFC de diferentes versiones de la EAG

	χ^2	Gl	χ^2/gl	CFI	TLI	RMSEA	IC 90%
Investigaciones Ecuatorianas (Bueno Pacheco et al., 2018; Moreta-Herrera et al., 2019)	-. ¹	-	1.61	.98	.97	.058	-
Investigación Chilena (Calavijo et al., 2020) ² .	82.96	28	2.93	.96	-	.06	-
Investigación española (Galicia) (Blanco et al., 2019)	389.048	35	-	.89	-	.08	.075-.090
Investigación española (Levante) (Espada et al., 2012).	287.459	34	-	.92	-	.07	.063-.078
Muestra costarricense (Schwarzer et al., 1997)	202.45	35	5.79	.95	-	.13	-
Muestra alemana (Schwarzer et al., 1997)	42.92	20	-	-	-	.04	-
Muestra china (Schwarzer et al., 1997)	59.53	35	1.70	-	-	-	-
Muestra colombiana (Damásio et al., 2016)	31.56	35	.90	-	-	-	-
Muestra brasilera (Damásio et al., 2016)	27.09	35	.77	-	-	-	-
	313.18	35	-	.96	.94	.073	.066-080
	429.08	35	-	.95	.93	.070	.064-.076

Muestra alemana (Damásio et al, 2016)	418.64	35	.95	.94	.085	.078-.093
---	--------	----	-----	-----	------	-----------

Nota: 1. los datos faltantes, marcados con un guion, no fueron reportados en las investigaciones citadas. 2. Los primeros datos corresponden al modelo unifactorial y los segundos al mismo modelo modificado donde se especificó una correlación residual entre los ítems 9 y 10. 3

3.3 Evidencias de validez convergente y divergente:

A continuación, se describen las evidencias de validez convergente y divergente de la EAG en investigaciones que estudiaron los mismos constructos que esta investigación, algunos incluso usaron los mismos instrumentos, en esos casos se nombra cuál fue.

Se encontraron dos estudios que reportan correlaciones positivas entre la autoeficacia general medida por la EAG y la autoestima. El primero utilizó la Escala de Autoestima de Rosenberg (Cid et al, 2010) siendo la correlación de $.305$ $p \leq .01$. El segundo (Clavijo et al., 2010) uso la versión abreviada de la misma escala, y la correlación fue $r=.572$, $p < .001$. También se encontraron correlaciones positivas entre la autoeficacia con el estado de salud percibido medido $r=.159$, $p \leq .01$ (Cid et al., 2010), el autoconcepto, $r=.31$, $p < .01$ (Espada et al., 20212), la calidad de vida, $r=.311$ (Grimaldo Muchotrigo, 2005) y optimismo, $r=.55$ y $r=.57$ en muestras alemana y costarricense respectivamente (Schwarzer, et al., 1997).

De las Cuevas y Peñate (2015) encontraron que la autoeficacia general aumenta en la medida en que los pacientes psiquiátricos consideran que pueden influir en su salud y decrece en cambio cuando atribuyen a factores externos (como el destino, suerte, etc.). También encontraron una correlación negativa entre la duración del tratamiento y la autoeficacia general ($r=-.07$, $p < .026$) y con la cantidad de psicofármacos prescrita ($r=-.11$, $p < .001$). Sin embargo, es importante remarcar que los coeficientes fueron bajos.

Se han desarrollado estudios que evalúan la relación entre la autoeficacia general y la depresión. Schwarzer y colaboradores (1997) reportaron una correlación negativa estadísticamente significativa, entre ambos constructos, $r=-.52$ y $-.42$ para las muestras alemana y costarricense respectivamente. Blanco y colaboradores (2019) también encontraron una correlación fuerte $r=-$

32. En cambio, Espada y Colaboradores (2012), quienes también utilizaron el BDI, no obtuvieron una correlación estadísticamente significativa ($r=.06$). A pesar de que aclaran que lo esperable hubiese sido una correlación negativa y significativa, lo interpretaron como una evidencia de validez discriminante.

También se ha encontrado evidencia de asociación entre la autoeficacia general y ansiedad. Contreras y colaboradores (2005) reportan que la autoeficacia general se encontraba asociada en forma inversa y significativa tanto a la ansiedad estado, como rasgo (medidas con el STAI) (-.239 y -.369 respectivamente), y también encontraron que se asociaba en forma positiva con el rendimiento académico .369. Los investigadores no reportaron el estadístico utilizado. En el estudio realizado por Schwarzer y colaboradores (1997) la autoeficacia correlacionó en manera negativa con la ansiedad, tanto en una muestra alemana $r=-.60$, y en una muestra costarricense $r=.43$.

3.4 Antecedentes de la relación entre la autoeficacia, datos sociodemográficos y otras variables estudiadas

A continuación, se describen las relaciones encontradas en estudios previos entre la autoeficacia general y datos sociodemográficos que también se estudian en la presente investigación. No obstante, no se encontraron antecedentes para algunas de las variables sociodemográficas estudiadas en la presente investigación, como la relación entre la autoeficacia general y la cantidad de personas que viven en el hogar o con los ingresos económicos.

Los resultados sobre la relación entre la autoeficacia general y el género no son concluyentes. En el estudio realizado por De Las Cuevas y Peñate (2015) en las Islas Canarias con una población de pacientes psiquiátricos ambulatorios, se encontró una diferencia significativa entre hombres y mujeres ($F1 = 1326, p<.000$). No obstante, esa diferencia tiene un pequeño tamaño de efecto ($\eta^2 = .007$). Algo similar ocurrió en el estudio realizado por Brenlla y colaboradores (2010) en Argentina, en dónde si bien se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa en la comparación según sexo (hombres: $M=33.6$; $DT=3.24$, mujeres: $M=32.6$, $DT=3.43$, $t(287)=2.814$; $p<.05$), ambos tuvieron puntuaciones promedio semejantes, ubicándose dentro del

percentil 50. En ese sentido las diferencias encontradas no tienen un efecto suficiente como para concluir que hombres y mujeres tienen modos distintos de percepción de autoeficacia.

En el estudio realizado por Schwarzer y colaboradores (1997) se encontraron diferencias significativas en el género en las muestras alemana $t(417) = 3.8$, $P < .01$, y china $t(294) = 5.1$, $P < .01$, pero no en la muestra costarricense $t(939) = 1.3$, $P = .20$.

En relación a la edad, en la adaptación realizada en Argentina (Brenlla et al., 2010) la muestra se compuso por personas de entre 18 y 66 años, que se dividió en tres subgrupos: adultez muy joven (18 a 25) adultez joven 26 a 44 y adultez media (45 a 66). Al considerar el rango de edad de los entrevistados se registraron diferencias estadísticas entre los tres grupos $F(2,286) = 5.142$; $p < .05$. Sin embargo, el análisis post-hoc arrojó que si bien hay diferencias significativas en los tres grupos (adultos medios, jóvenes y muy jóvenes) tales diferencias no son de suficiente envergadura como para tomarlas como significativas. De Las Cuevas y Peñate (2015) encontraron una correlación negativa entre la autoeficacia general y la edad ($r = -.15$, $p < .000$). El rango de edad de este estudio fue de entre 18 y 87 años. En la investigación realizada por Ortiz y Gándara (2002) con adolescentes de entre 8 y 15 años se encontró que a medida que se llega a las edades superiores de la adolescencia, existe un descenso en la autoeficacia.

La investigación realizada en Argentina por Brenlla y colaboradores (2010) también encontró una asociación creciente entre la autoeficacia general y nivel educativo que apuntan a una orientación creciente de los resultados de la EAG. No obstante, el análisis post-hoc arrojó que tales diferencias no resultan significativas.

4. Planteamiento del problema, objetivos y preguntas de investigación

Este capítulo desarrolla el planteamiento del problema, que fundamenta la pertinencia de esta tesis, los objetivos y las preguntas que la tesis busca responder.

4.1 Problema de investigación

Como se mencionó anteriormente, la autoeficacia juega un papel importante como determinante de la salud física, la autorregulación y los procesos terapéuticos (Maddux & Kleiman, 2020), así como es un constructo que se asocia positivamente con otros como el de autoestima, motivación, conductas saludables en el cuidado físico (Villamarin 1990b; Cid et al., 2010), mayor tolerancia al dolor (Rejeski et al., 1996) y consecución académica (Contreras et. al, 2005). y negativamente con ansiedad, depresión (Ortiz y del Barrio, 2002; Villamarín, 1990a), conductas de riesgo sexual (Gomez et al.,1996) y conductas antisociales (Bandura et al, 2001). En este sentido es que consideramos se vuelve importante contar con un instrumento adaptado para nuestra población que permita medir este constructo. Esperamos que la presente investigación aporte a la adaptación de la EAG a la población uruguaya.

4.1 Objetivos

Objetivo general: Informar sobre las características psicométricas de la EAG en una población uruguaya universitaria de entre 18 a 65 años.

Objetivos específicos:

1. Analizar la fiabilidad de la EAG mediante la consistencia interna y la estabilidad temporal.
2. Analizar la estructura factorial de la EAG.

3. Analizar la validez convergente y discriminante de la EAG, a través de su relación con los constructos de autoestima, depresión, ansiedad (rasgo y estado), extensión temporal, y las variables sociodemográficas estudiadas.

4.2 Preguntas de investigación

Las preguntas a las que pretende dar respuesta este proyecto de investigación son:

1. ¿Presenta la EAG propiedades psicométricas adecuadas para la medición de la autoeficacia en una población uruguaya universitaria?
2. ¿Cuál es la consistencia interna de la EAG?
3. ¿Los resultados de la EAG son estables en el tiempo?
4. ¿La EAG presenta una estructura unidimensional?
5. ¿La correlación entre la EAG y los otros instrumentos estudiados aportan evidencias de validez convergente/divergente?
6. ¿Cuál es la relación entre la autoeficacia y las variables sociodemográficas estudiadas?

5. Métodos

Este capítulo desarrolla los aspectos metodológicos de la investigación. A continuación, se expone el diseño, las características de la muestra, los instrumentos, los procedimientos metodológicos subdivididos en la recolección de datos y los análisis estadísticos, las consideraciones éticas y finalmente el proceso de adaptación de la EAG.

5.1 Diseño

Se realizó un estudio descriptivo y correlacional, con un diseño no experimental transeccional (Sampieri, 2016).

5.2 Muestra

Se seleccionó una muestra por conveniencia. El tamaño de la muestra se escogió siguiendo las recomendaciones del Kline (1994) para la realización de Análisis Factoriales Exploratorio y Confirmatorio. El autor indica que, para realizar el Análisis Factorial Exploratorio, es necesario aplicar el instrumento a cinco (5) personas por cada ítem del mismo, como mínimo. En el caso del Análisis Factorial Confirmatorio se requieren diez (10) personas por cada parámetro a estimar en el modelo.

A continuación, se detallan los datos muestrales. La muestra estuvo compuesta por 412 estudiantes universitarios en edad laboral. El rango de edad osciló entre 18 y 61 años ($M=24.85$, $DT=.44$). La moda fue 19 (repitiéndose 64 veces). De la muestra total, 89 personas participaron en el test-retest. Se hicieron dos replicaciones de la EAG, sin embargo, se produjo un desgranamiento, en la segunda aplicación de la EAG participaron 59 y en la tercera 32.

Del total de casos 89 (21.60%) declararon ser hombres y 319 (77.42%) mujeres (con un total de 4 perdidos, 0.97%). En relación al estado civil: 350 (85.6%) declararon ser solteros, 28 encontrarse en unión libre (6.8%), 18 casados (4.4%), 12 divorciados (2.9 %), 1 viudo (0,2%). Hubo 3 casos perdidos (0.7%). Estos datos pueden observarse en la tabla 4.

Tabla 4.

Datos sociodemográficos: Género y estado civil

Total	Hombres	Mujeres	Perdidos			
412	89	319	4			
Total	Solteros	Unión libre	Casados	Divorciados	Viudos	Perdidos
412	350	28	18	12	1	3

Sobre el máximo nivel educativo alcanzado, 5 personas (1.2%) no tenían la secundaria completada, 376 (91.5%) se encontraba cursando la universidad. Del total de la muestra 25 (6.1%) tenían estudios terciarios finalizados, 2 tenían estudios de posgrado (0.5%) y 3 (0.7%) de maestría

o doctorado; estos últimos han finalizado otra carrera de grado antes de Psicología. Hubo un caso perdido (0.2%).

Del total de participantes unos 362 no estudiaron otra carrera además de Psicología, representando un 89.8 %, 16 (4%) declararon tener otra carrera incompleta, 25 (6.2%) declararon tener otra carrera completa, 9 participantes no respondieron esta pregunta (2.2%).

Sobre el año de cursada de la carrera de Psicología 165 (44.2%) declaró encontrarse entre el 1^{er} y el 2^{do} semestre (1er año), 98 (26,3%) se encontraban cursando el 3^{er} y el 4^{to} semestre (segundo año). Un total de 81 (21,7%) declararon estar en el 5to y 6to semestre (3^{er} año). Finalmente, solo 29 (7.8%) individuos del total declararon estar en los últimos semestres, 7^{mo} y 8^{vo} (4^{to} año). Hubo 39 personas que no respondieron esta pregunta (9,5%).

Todos los datos sociodemográficos referidos al área académica pueden leerse en la tabla 5.

Tabla 5.
Datos sociodemográficos académicos

Máximo nivel educativo	Secundaria incompleta	Terciario en curso	Terciario completo	Estudios de posgrado	Maestría o doctorado	Perdidos
	5	376	25	2	3	1
Otras carreras	Solo estudian Ψ		Estudian otras carreras		Han finalizado otras carreras	Perdidos
	362		16		25	9
Grado de avance en Ψ	1 ^{er} año	2 ^{do} año	3 ^{er} año	4 ^{to} año	Perdidos	
	165	98	81	29	39	

Sobre la cantidad de personas que viven en el hogar: un total de 44 (10,7%) declararon que viven solos, 117 (28,4%) con otra persona, 225 (54,6%) con tres a cinco personas en el hogar y 26 (6,3%) cinco o más personas en el hogar.

En relación a los ingresos percibidos en el hogar 23 (5,7%) declaró percibir \$10 mil o menos, 47 (11,5%) entre \$10 mil y \$20 mil, 146 (35,9%) entre \$20 mil y \$40 mil. Un total de 147

(36,1%) declaró que en su hogar percibían entre \$40 mil y \$80 mil, 44 (10,8%) más de \$80 mil. Hubo 5 casos perdidos (1,2%). Estos datos se pueden observar a continuación en la tabla 6.

Tabla 6.

Datos sociodemográficos: variables económicas

Cantidad de personas en el hogar	Vive solo	Dos	Tres a cinco	Cinco o más	Perdidos
	44	117	225	26	0
Ingresos económicos	10-20 mil	20 a 40 mil	40 a 80 mil	> 80 mil	Perdidos
	23	146	147	44	5

Sobre la pregunta de si habían concurrido al Psicólogo, 125 (30,6%) declaró que no y 284 (69,4%) que sí, habiendo 3 perdidos (0,7%). Del total de casos 303 (73,5%) no se encontraban en tratamiento psicológico al momento de tomar los datos, mientras 109 (26,5%) sí. La última pregunta refería a si consumían psicofármacos recetados 388 (94,4%) declaró que no, 23 (5,6%) que sí y hubo 1 dato perdido (0,2%). Los datos referidos a la asistencia al psicólogo y el consumo de psicofármacos pueden observarse en la tabla 7.

Tabla 7.

Datos sociodemográficos: salud mental

Asistencia previa al psicólogo	Si	No	Perdidos
	125	284	3
Asistencia actual al psicólogo	Si	No	Perdidos
	109	303	0
Consumo de psicofármacos	Si	No	Perdidos
	23	388	1

5.3 Instrumentos

a) **Generalized Self-Efficacy Scale (Jerusalem y Schwarzer, 1992).**

Escala de Autoeficacia General (EAG)

El objetivo de este instrumento es medir la Autoeficacia general como un rasgo. Está compuesta por 10 ítems (Formato *Likert* de 4 puntos), los cuales se encuentra agrupados en una única dimensión.

Se escogió esta escala debido al buen nivel de consistencia interna que demostró el instrumento, un α entre .79 y .93 de acuerdo a Suárez y colaboradores. (2000). El inventario consta de 10 ítems, que se puntúan en forma de escala Likert de 4 puntos. Las opciones de respuesta son nunca, pocas veces, a veces o siempre y a cada uno de ellos le corresponde un puntaje de 1 a 4. De manera que las puntuaciones oscilan de 10 a 40 puntos, siendo un mayor puntaje una mayor percepción de eficacia. Es compuesta por ítems como el ítem 4: “*Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados.*”. Se puede ver una copia de la versión española de la EAG en el anexo I y de la adaptación confeccionada en esta investigación en el anexo II. Para esta investigación realizaremos una adaptación de la versión española de la EAG por Bähler y Schwarzer (1996).

b) **Beck Depression Inventory (BDI; Beck et al., 1961).**

Inventario de Depresión de Beck.

El BDI es una escala autoaplicada que evalúa fundamentalmente los síntomas clínicos de melancolía y los pensamientos intrusivos presentes en la depresión. Consiste en un autoinforme de 21 ítems con cuatro posibles opciones de respuesta. Cada respuesta equivale a un puntaje: 0 (ausencia de sintomatología), 1 sintomatología leve, 2 sintomatología moderada, 3 sintomatología grave. Por ejemplo, el ítem 1: Tristeza, las opciones de respuesta son: “*0. No me siento triste habitualmente, 1. Me siento triste gran parte del tiempo. 2. Me siento triste continuamente y 3. Me siento tan triste o desgraciado que no puedo soportarlo.*”.

Dentro de las escalas de depresión es la que mayor porcentaje de ítems cognitivos presenta, lo que está en consonancia con la teoría cognitiva de la depresión de Beck. Otro elemento

distintivo en cuanto a síntomas es la ausencia de síntomas motores y de ansiedad (García et al., 2002).

Se eligió este instrumento por varias razones: en primer lugar, es uno de los instrumentos más utilizados para medir la sintomatología depresiva, siendo útil no solo para la población adulta, sino también para la adolescente. Se utilizó la versión española de Vázquez y Sanz (1997), que presenta una consistencia interna de .83 medida por el coeficiente α . Otros estudios realizados con muestras semejantes a la presente investigación han encontrado coeficientes α de entre .73 y .93 (Beck et al., 1988). El coeficiente de fiabilidad por método de dos mitades es de .93 (Vázquez y Sans, 1997). En este estudio la consistencia interna de la escala fue de α .89). En segundo lugar, existen antecedentes de su uso en investigaciones de instrumentos de autoeficacia, como el estudio presentado por Espada y colaboradores (2012).

c) *State Trait Anxiety Inventory (STAI; Spielberger et al., 1970).*

Cuestionario de Ansiedad Estado-Largo.

Se trata de un inventario auto aplicado, diseñado para evaluar dos conceptos diferentes de ansiedad: la ansiedad como condición emocional transitoria (estado) y la propensión ansiosa relativamente estable (rasgo). Está compuesto por 40 ítems, 20 en cada escala, proporcionando dos puntuaciones.

La puntuación en los ítems de estado oscila entre 0 y 3, estableciendo los criterios operativos según la intensidad (0, nada; 1, algo; 2, bastante; 3, mucho). En algunos de los ítems de la ansiedad-estado es necesario invertir la puntuación asignada a la intensidad (3, nada; 2, algo; 1, bastante; 0, mucho); esos ítems son: 1, 2, 5, 8, 10, 11, 15, 16 19 y 20; Por ejemplo el ítem 1.: “*Me siento calmado*”.

La puntuación en los ítems de rasgo también oscila entre 0 y 3, pero en este caso se basa en la frecuencia de presentación (0 casi nunca; 1, a veces; 2, a menudo; 3, casi siempre). También es necesario invertir la puntuación asignada a algunos ítems correspondientes a la escala ansiedad-rasgo (3, casi nunca; 2, a veces; 1, a menudo; 0, casi siempre); esos ítems son: 21, 26, 27, 30, 33, 36, 39; Por ejemplo, el ítem 21.: “*Me siento bien*”.

La puntuación total en cada escala varía entre 0 y 60. No existen puntos de corte, sino que las puntuaciones directas se transforman en centiles según el sexo y la edad (García, et al., 2002).

Esta escala fue elegida entre otros instrumentos que miden la ansiedad, porque ha

presentado pruebas de ser altamente consistente, α de *Cronbach* entre .88 y .92 (Spielberg y Vagg, 1982). En este estudio el coeficiente α fue de .92 para la ansiedad estado y .88 para la ansiedad rasgo.

d) Rosenberg Self-Esteem Scale (RSES, Rosenberg, 1965).

Escala de Autoestima de Rosenberg

Rosenberg (1965) definió la autoestima como la actitud global que el individuo tiene hacia sí mismo, favorable o desfavorable. La Escala de Autoestima de Rosenberg mide la valoración de autoestima de la persona, en un formato de respuesta *Likert* que va de 1 a 4 puntos. Logrando una puntuación final que oscila entre 10 y 40 puntos.

Se escogió esta Escala ya que la misma fue utilizada en otros estudios junto a la EAG. Por ejemplo en la adaptación chilena (Cid, et al., 2010) y posteriormente en la reevaluación de la EAG en el mismo país (Clavijo et al., 2020). En las mencionadas investigaciones se verificó la correlación positiva de la autoeficacia general y la autoestima. La RSES en Uruguay presenta buenas características psicométricas – su consistencia interna se encuentra entre .66 a .77 en las diferentes dimensiones – y una clara estructura factorial de tipo *Bifactor* (Ortuño, Mailhos, & Cabana, in press). Una copia se encuentra en el Anexo III.

En este estudio la escala presentó una consistencia interna de α de .87.

e) Inventario de Extensión Temporal de Coimbra (IETC; Ortuño et al., in press).

Este instrumento fue desarrollado para medir las dimensiones de Pasado y Futuro de la Extensión Temporal, que refiere a la distancia subjetiva entre el momento presente y un determinado objeto motivacional localizado en el pasado o futuro psicológico. El inventario se compone de 18 afirmaciones en formato *Guttman* de 7 puntos, que van desde 2 meses a 20 años o más. Presenta una estructura factorial de dos factores que representan las dimensiones de pasado y futuro. Una copia se encuentra en el Anexo IV.

Los ítems refieren a tres grandes contextos: la vida en general, el trabajo y las relaciones, localizándose en el pasado o futuro psicológico.

Posee dos subescalas: extensión temporal de futuro (ítems 1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9), refiere a cuan en el futuro los individuos se proyectan. Un ejemplo de ítem de esta subescala es el ítem n°. 1: “*Tengo por costumbre pensar en cómo será mi vida de aquí a...*” En cambio, extensión temporal de pasado

(10,11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18) refiere a cuán lejos en el pasado los individuos localizan sus objetos motivacionales. Un ejemplo de ítem de esta subescala es el ítem nº. 12: “*Tengo presente en mi pensamiento a las personas con las cuales conviví en los últimos...*”.

En la presente investigación el instrumento presentó un coeficiente α de .76 para la extensión de futuro y .85 para la extensión de pasado

f) Cuestionario socio demográfico

Se desarrolló un inventario sociodemográfico que recogía las siguientes variables: edad, estado civil, máximo nivel de estudios alcanzado, carrera y años que cursa, número personas que viven en el hogar, ingresos percibidos en el hogar, si la persona concurrió en el pasado al psicólogo, si lo hace actualmente y si toma psicofármacos. Una copia de este cuestionario se encuentra en el Anexo V.

5.4 Procedimiento metodológico

5.4.1 Recolección de datos

Los datos fueron colectados en forma presencial y colectiva, en formato papel y lápiz y de manera autoaplicada, entre setiembre y diciembre del 2019. Los instrumentos se aplicaron a estudiantes de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, una universidad pública. Todos los grupos eran pertenecientes a clases que no estaban a cargo del investigador principal, solicitándose previamente la autorización al docente responsable. Al comienzo de cada aplicación se informó a los participantes del objetivo del estudio y del carácter voluntario y confidencial de su participación. El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Psicología (UDELAR).

5.4.2 Análisis estadísticos

Para el procesamiento de datos se utilizó el paquete estadístico IBM SPSS Statistics, Mplus (REF) y el software Factor (Ferrando & Lorenzo-Seva, 2017).

En primer lugar, fue realizado un análisis descriptivo de los datos colectados (tendencia central y dispersión) así como un análisis de los valores extremos. Para el análisis estructural de la EAG se realizaron análisis Factoriales Exploratorio y Confirmatorio. Para el Análisis Factorial Exploratorio se utilizó el software Factor (Ferrando & Lorenzo-Seva, 2017) y se siguieron las indicaciones de Ledesma, Ferrando y Tosi (2019). Se utilizaron varios métodos de extracción para definir el número de factores del modelo (Grafico de Sedimentación, Método de Kaiser y Parallel Analysis). Para el Análisis Factorial Confirmatorio se utilizó el paquete estadístico MPlus (Muthén & Muthén, 2017). Se uso el estimador Weighted Least Squares Means and Variance Adjusted (WLSMV), el cual permite generar estimaciones precisas con independencia de la normalidad de la distribución de las variables (Brown, 2015).

La consistencia interna de los factores obtenidos se calculó mediante el Alfa de *Cronbach* (α) y el Omega de *McDonald* (Ω). Con el objetivo de verificar la validez del instrumento se realizaron análisis de relaciones (correlaciones) entre la EAG, los otros inventarios previamente mencionados y los datos sociodemográficos recogidos.

La estabilidad temporal de la EAG se estudió mediante la técnica de test-retest a un total de 89 casos extraídos del muestreo presencial. La escala se aplicó en dos intervalos, el primero a los 30 días y el segundo a los 60. Se siguieron las indicaciones presentes en el libro *Medición en ciencias sociales y de la salud* (Abad et al., 2011).

5.5 Consideraciones éticas:

Este estudio se rige por lo establecido en el Decreto n° 379/008 Investigación en los Seres humanos. Se resguardó los datos personales, garantizando la confidencialidad y privacidad de la información.

A todos los participantes se les dio la opción de manifestar voluntariamente su deseo de participar en el estudio mediante un consentimiento libre e informado, en el cual se explicitó la naturaleza de la investigación y la confidencialidad de los datos obtenidos (una copia del documento se encuentra en el anexo VI). Los participantes tuvieron opción de retirarse del estudio si lo deseaban.

A cada consentimiento informado se le asignó un código alfanumérico, el cual se corresponde con los formularios aplicados a esa persona. Tanto los consentimientos informados, como inventarios y escalas, fueron guardados en lugares distintos y el código alfanumérico fue utilizado para cruzar la información sólo en caso de que fuese estrictamente necesario (los casos descritos en el punto 18).

Los datos están almacenados fuera del alcance del personal ajeno a la investigación y su uso fue solo para fines exclusivos de este estudio. Los consentimientos informados están almacenados bajo llave, solo tienen acceso a ellos el investigador responsable, el tutor y el co-tutor.

En las investigaciones relevadas previamente que utilizaron esta metodología, no se registraron efectos secundarios, riesgos ni molestias físicas o psicológicas (Cid et al., 2010; Suárez et al., 2000; Brenlla et al., 2010). No obstante, por pedido del Comité de Ética, se contempló que, en caso de que algún participante presentase alguna molestia durante la toma de datos, el investigador detendría el estudio y se enfocaría en brindar contención al participante. Esto no sucedió.

La población de riesgo psicológico identificada fue contactada por vía telefónica por el investigador principal, ofreciéndose una entrevista clínica con el objetivo de realizar la contención inicial, valorar los riesgos y derivar a la persona a los servicios de atención de Facultad de Psicología o del Sistema Nacional de Salud. En aquellos casos que los participantes aceptaron, la entrevista fue realizada por el investigador principal, el Ay. Lic. Vicente Chirullo.

A los efectos de este estudio, fueron considerados población de riesgo aquellos participantes con puntuaciones superiores a 30 en el Inventario de Depresión de Beck - indicador de depresión grave - y mayores al percentil 85 en el STAI indicadores de altos niveles de ansiedad (García et al., 2002). No se utilizarán los otros instrumentos aplicados, ya que se consideró que ninguno por sí mismo puede identificar población de riesgo.

5.6 Adaptación de la EAG:

Para el proceso de adaptación se siguieron algunas de las indicaciones de la International Test Commission (2016) y las de Van Widenfelt y colaboradores (2005). Previo a comenzar la adaptación se contactó a los autores y se obtuvo autorización para realizarla. De acuerdo a Van Windenfelt y colaboradores (2005), no es raro tener diferentes traducciones de un mismo cuestionario en un idioma, esto se debe a diferentes métodos utilizados para realizar la traducción. En el caso del español, además, debemos agregar las diferencias propias que presenta el lenguaje en diferentes sociedades y culturas. Como mencionan Knowles y Condon (2000) la consistencia interna y otras características pueden cambiar de acuerdo al contexto en que se aplique el test.

Para realizar esta adaptación se partió de la versión española (Bäbler & Schwarzer, 1996) por el alto nivel de consistencia interna que presentó en diferentes estudios que se encuentran referenciados en el capítulo 3, en el apartado referido a los resultados sobre la fiabilidad obtenidos en investigaciones previas.

En primer lugar, se solicitó a diez psicólogos con conocimiento en Psicología Cognitiva o Psicoterapia Cognitivo Comportamental (en su mayoría docentes universitarios y profesionales posgraduados) que leyesen la EAG y la evaluaran en un cuestionario creado a tales efectos. A continuación, se solicitó a diez legos que hicieran lo mismo. El cuestionario evaluó: estructura gramatical, accesibilidad del lenguaje, posibilidad de ambigüedad, si la escala resultaba cansadora o difícil de entender. A su vez se dejaron dos apartados uno en dónde se consultaba si redactarían un ítem de otra manera, y uno final con observaciones. A partir de los aportes de los 20 cuestionarios, el responsable de la investigación, tutor y co-tutor, confeccionaron una versión uruguaya de la EAG que fue la finalmente aplicada.

Como resultado del proceso anteriormente descrito se hicieron ligeras modificaciones en los ítems 3, 7, 9 y 10 con el objetivo de facilitar su comprensión. Estos cambios no alteraron el sentido de lo que cada ítem indaga, sino la estructura gramatical o el lenguaje. Ambas escalas, la versión original española y la versión adaptada se pueden consultar en los Anexos I y II.

6. Resultados:

En este capítulo se exponen los resultados obtenidos, organizados en función de los objetivos y las preguntas de investigación planteadas en el capítulo 4. En el primer subcapítulo se exponen los análisis preliminares que refieren a las pruebas de normalidad. El siguiente subcapítulo refiere a las propiedades psicométricas (incluye tanto las evidencias de fiabilidad, estabilidad temporal, el Análisis Factorial Exploratorio y el Análisis Factorial Confirmatorio). Los siguientes subcapítulos exponen las correlaciones con otros instrumentos y con los datos sociodemográficos estudiados.

6.1 Análisis preliminares:

Se realizaron pruebas de normalidad a las distribuciones de todas las variables psicológicas evaluadas (autoeficacia, autoestima, depresión, ansiedad estado, ansiedad rasgo, extensión temporal futura y extensión temporal pasada). Los resultados fueron significativos (menores a .05) para las pruebas de Kolmogorov-Sminov y Shapiro Wilk. Lo anteriormente dicho indica que las variables no poseen distribuciones normales. En ese sentido consideramos relevante utilizar técnicas no paramétricas en el análisis de estas variables como lo sugiere Kline (1994). Los resultados se muestran en la tabla 8.

TABLA 8.
Pruebas de normalidad

	Kolmogorov-Smirnov ^a			Shapiro-Wilk		
	Estadístico	Gl	Sig.	Estadístico	Gl	Sig.
Autoeficacia_general	.095	323	.000	.975	323	.000
Autoestima_total	.108	323	.000	.977	323	.000
Depresión total	.115	323	.000	.929	323	.000
Ansiedad estado	.108	323	.000	.957	323	.000
Ansiedad rasgo	.082	323	.000	.979	323	.000
Extensión de futuro	.095	323	.000	.920	323	.000
Extensión de pasado	.133	323	.000	.829	323	.000

6.2 Propiedades psicométricas:

6.2.1 Fiabilidad:

Para el estudio de la fiabilidad de la EAG serán presentados datos sobre su consistencia interna y su fiabilidad temporal. La consistencia interna fue medida por el alfa de *Cronbach* y el Omega de *McDonald*, para la utilización de estas medidas de fiabilidad se siguieron las consideraciones de Viladrich y colaboradores (2017). El α fue de .83 y el α estandarizado de .87. Solo con la eliminación del ítem 1 el α mejoraría a .836, sin embargo, esta diferencia no constituye un impacto de valor para el instrumento. Lo anteriormente expuesto coincide con una menor correlación con los otros ítems, tal como se muestra en la tabla 9. El coeficiente Ω fue de .87.

La estabilidad temporal fue medida mediante la técnica de test-retest. Se reaplicó la EAG a una porción de la muestra, en tres momentos con intervalos de aproximadamente 30 días entre estos. En el primer momento participaron 89 estudiantes, en el segundo 59 y en el último 32. Se aplicó prueba de normalidad en todas las mediciones, no siendo la distribución de las puntuaciones normales para ninguna de ellas de acuerdo a las pruebas de Kolmogorov-Sminov y Shapiro Wilk (en todas las pruebas la significancia estadística fue menor a .05).

Se realizó una prueba de correlaciones, usando el estadístico Tau de *Kendall*, para el mismo el resultado de la correlación fue de .658 con el primer retest, .826 con el segundo. La correlación entre el primer re-test y el segundo fue de .811. Utilizando el Rho de *Spearman* las correlaciones entre la primera toma y el primer retest fueron de .693 y con el segundo .854. La correlación entre el primer y el segundo retest fue de .841. Todas las correlaciones resultan estadísticamente significativas ($p < .01$).

6.2.2 Análisis Factorial Exploratorio y Análisis Factorial Confirmatorio

En el Análisis Factorial Exploratorio se realizó una prueba de esfericidad de Barlett que puntuó inferior a .01 y la prueba de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) = .85 lo que indica que los datos tienen las características necesarias para realizar exitosamente un Análisis Factorial Exploratorio.

El Análisis Factorial Exploratorio fue realizado en base a una matriz de relaciones policóricas, como lo recomiendan Holgado y colaboradores (2010). Como criterio para la retención de los factores se utilizó el análisis del gráfico de sedimentación (Cattell, 1966) como se muestra en la imagen Figura 2, el criterio de Kaiser y el Análisis Paralelo (Timmerman & Lorenzo-Seva, 2011). En el gráfico de sedimentación podemos ver que el punto de inflexión se encuentra en torno a 2. En relación al criterio de Kaiser podemos ver que el primer factor presenta un autovalor de 4.70 y un segundo factor un autovalor de 1.2. Los resultados del Análisis Paralelo recomiendan la retención de un único factor. La varianza explicada a partir del Análisis Factorial Exploratorio fue de 47% de acuerdo a la solución unifactorial, se pueden ver las cargas factoriales y las comunalidades de cada elemento en la tabla 9. A excepción del ítem uno y cuatro, todos los demás ítems cargan más de .5 al factor principal. El valor alfa estandarizado fue de .87 y el valor omega de 87.

Con el objetivo de explorar otras posibles soluciones factoriales se realizó un Análisis Factorial Exploratorio fijando el número de factores en dos. La inclusión de un segundo factor supuso el incremento de aproximadamente un 11% en la varianza total. Esta estructura factorial presentó 7 ítems que cargarían un factor principal, y 4 un segundo factor, existiendo cargas cruzadas en uno de los ítems. En esta solución el primer factor presenta un α de .83, el segundo de apenas .62. Las cargas factoriales del modelo bifactorial se pueden ver en la tabla 10.

Tabla 9.*Estadísticos del elemento*

	Media	DT	Carga factorial	Comunalidades (H^2)	α si se elimina el elemento
1. Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga.	2.87	.735	.371	.138	.836
2. Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente.	3.42	.616	.609	.371	.819
3. Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta alcanzar mis metas.	2.94	7.44	.428	.183	.832
4. Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados.	2.92	.793	.702	.493	.811
5. Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas.	3.00	.724	.799	.638	.805
6. Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades para manejar situaciones difíciles.	2.65	.823	.643	.414	.815
7. Por lo general soy capaz de manejar cualquier situación que se me presente.	2.74	.766	.693	.480	.810
8. Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario.	3.28	.617	.704	.496	.814
9. Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre una solución.	2.97	.697	.811	.658	.804
10. Cuando me enfrento a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas para resolverlo. Cuando me enfrento a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas para resolverlo.	2.82	.794	.639	0.408	.819

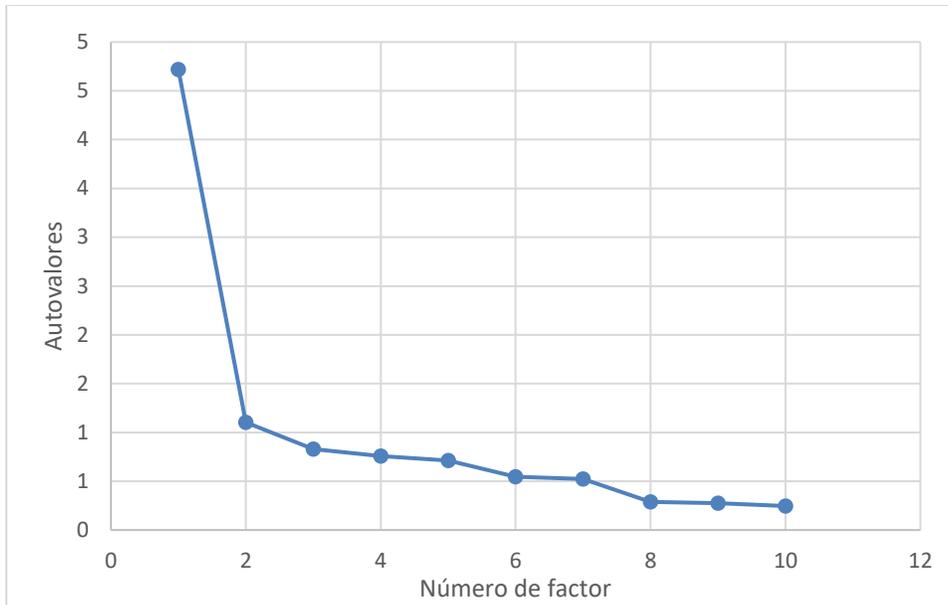


Figura 2. Gráfico de sedimentación

TABLA 10.

AFE.: Cargas Factoriales Modelo Bifactorial

Variable	F1	F2
V 1		.481
V 2		.959
V 3		.452
V 4	.854	
V 5	.955	
V 6	.700	
V 7	.609	
V 8	.306	.487
V 9	.805	
V 10	.653	

A continuación, se desarrolla el Análisis Factorial Confirmatorio. Se presentan los resultados del modelo testeado con recurso a Modelado de Ecuaciones Estructurales. El modelo

consistió en una estructura unifactorial donde los diez ítems de la EAG cargaban un solo factor. No se reportó ningún índice de modificación superior al valor 11. Las cargas factoriales para los diez ítems presentaron valores entre .37 y .82. La varianza explicada para cada ítem presentó valores entre .14 y .68 como se puede observar en la figura 3. Los ítems 1 y 3 presentaron valores de r^2 menores al valor de referencia de .20 (Maroco, 2010).

En relación al ajuste global del modelo, algunos de los índices presentaron valores aceptables (CFI y TLI) y otros presentaron valores por debajo de lo recomendable (χ^2/gl , RMSEA, WRMR). Los valores específicos pueden ser consultados en la tabla 11.

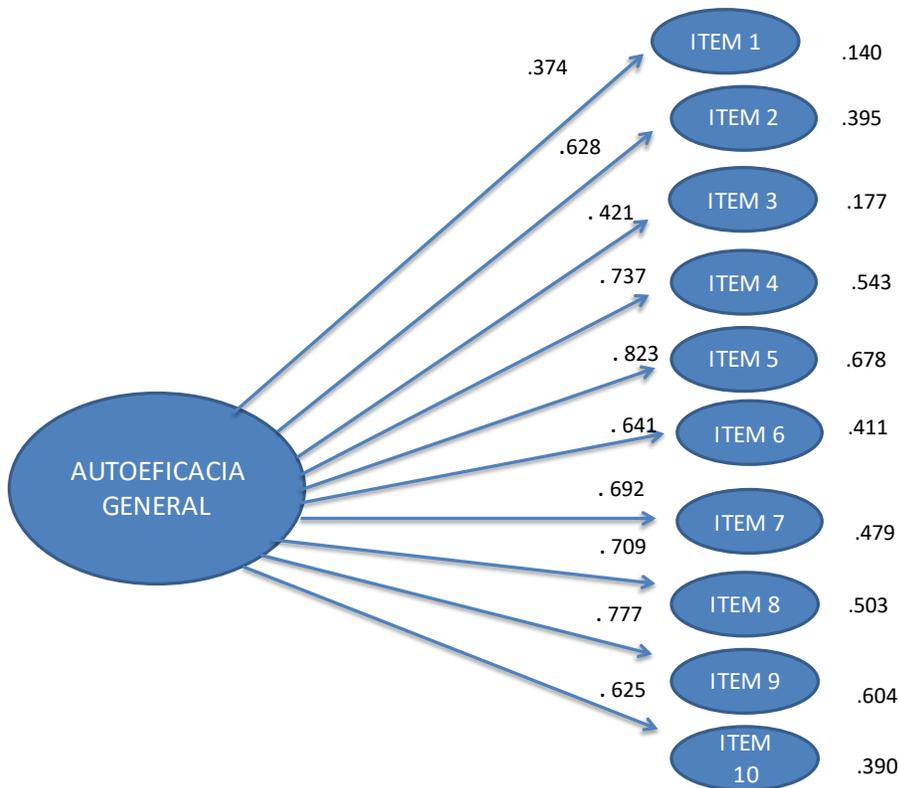


Figura 3. Diagrama de caminos para el modelo 1 de la Escala de Autoeficacia General (cargas y comunalidades).

Teniendo en cuenta los aportes de Ruiz y colaboradores (2010), los estadísticos de bondad de ajuste se deterioran rápidamente con el aumento del tamaño muestral. En función de esto decidimos repetir el Análisis Factorial Confirmatorio con la mitad de la muestra. De acuerdo a los autores se acostumbra exigir muestras superiores a 100 sujetos y las mayores a 200 son una buena garantía. En este caso la mitad se sitúa en 206.

El ajuste global del modelo unifactorial realizado sobre la mitad de la muestra total presentó mejorías comparativamente al modelo anterior, siendo todos los valores aceptables exceptuando los del RMSEA, que igualmente presentó mejoras respecto a los índices de bondad de ajuste obtenidos en la muestra total. Estos datos se pueden observar a continuación en la tabla 11.

TABLA 11.
Análisis Factorial Confirmatorio

	N	χ^2	gl	χ^2 /gl	CFI	TLI	WRMR	RMSEA	IC 90%
Base completa	412	232.673	35	6.65	.93	.91	1.43	.12	.10, .13
Media Base	206	116.493	35	3.32	.97	.94	1.01	.10	.09, .13

6.3 Correlaciones entre los instrumentos

Para realizar las correlaciones entre instrumentos se utilizó el estadístico Tau_b de Kendall tal como sugiere Field (2013). Los resultados de las correlaciones se muestran en la tabla 12. La autoeficacia correlacionó en forma positiva y estadísticamente significativa con la autoestima (.385) y con la extensión temporal de pasado (.076). En cambio, correlacionó en manera negativa con depresión (-.305), ansiedad como estado (-.268) y ansiedad como rasgo (-.334). Correlacionó en manera negativa pero no significativa con extensión temporal de futuro (medida con el IETC).

TABLA 12.*Correlaciones inter-test (Tau_b de Kendall)*

	Autoeficacia general	Autoestima total	Depresión	Ansiedad Estado	Ansiedad Rasgo	Extensión de futuro
Autoeficacia General	-					
Autoestima Total	.385	-				
Depresión	-.305**	-.496**	-			
Ansiedad estado	-.268**	-.436**	.521**	-		
Ansiedad rasgo	-.334**	-.543**	.614**	.590**	-	
Extensión de Futuro	-.003	.003	.003	.010	.018	-
Extensión de pasado	.076*	-.027	-.030	-.043	-.075*	.204**

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

6.4 Correlaciones con datos sociodemográficos

6.4.1 Autoeficacia, edad, género y estado civil

Se analizó la relación entre los resultados de la autoeficacia y la edad de los participantes, obteniéndose una correlación positiva de acuerdo al Tau_b de Kendall de .164, la correlación es significativa ($p < 0.01$).

Se analizó la relación entre la autoeficacia y diferentes variables sociodemográficas. Para el análisis de la autoeficacia y el género se usaron 407 casos del total (hubo 5 datos perdidos). No arrojó diferencias significativas de la autoeficacia para hombres y mujeres, como se muestra en la tabla 13.

TABLA 13.*Diferencia entre géneros (prueba U de Mann-Whitney)*

	N	M	DT	Rango	Rango promedio	U de Mann Whitney	<i>p</i>
Masculino	89	30.38	4.37	21-40	219.83	12.742.500	.150
Femenino	318	29.36	4.64	14-40	199.57		
Total	407						

Para el análisis de la autoeficacia en relación al estado civil de los participantes se juntaron los grupos: casados y divorciados, ya que no existían diferencias estadísticamente significativas entre ellos y porque el tamaño de ambos grupos no era suficiente en función de las recomendaciones a la hora de realizar un análisis de medias, solo participaron 18 casados y 12 divorciados en la investigación. Se eliminó el grupo viudos, ya que solo contaba con un participante.

Se procedió a realizar la prueba de Kruskal Wallis de comparación de medias entre los tres grupos, que arrojó el valor de $\chi^2 = 10.598 (2)$, $p = .005$. Estos datos pueden observarse en la tabla 14. Para ver las diferencias intergrupos se realizó la prueba post-hoc de Bonferroni, que arrojó diferencias significativas entre el grupo 1 (solteros) y el 3 (casados y divorciados). Estas diferencias fueron significativas por lo menos a un nivel de p inferior a .05

TABLA 14.*Autoeficacia y estado civil (prueba de Kruskal Wallis)*

	N	M	DT	Rango promedio	<i>P</i>
Soltero	350	29.29	4.623	198.18	.005
Unión libre	28	29.96	3.737	206.38	
Casados y divorciados	29	31.07	4.735	271.95	
Total	407				

6.4.2 Autoeficacia y nivel educativo

En función de que la gran mayoría de los participantes de la investigación estaban realizando su carrera terciaria (375 de 412), no resulta representativo analizar las diferencias de autoeficacia con los otros grupos (secundaria, terciario completado, posgrado, y maestría y doctorado). No obstante, consideramos relevante analizar las diferencias entre la autoeficacia de acuerdo al grado de avance que tienen en la carrera (ver tabla 15).

Se realizó la prueba de Kruskal-Wallis que arrojó diferencias estadísticamente significativas entre los grupos $F(3)=30.354$, $p<.001$. Como se puede verificar en la tabla 15 existe un incremento en los niveles reportados de autoeficacia a medida que se avanza en la carrera.

Para poder observar entre qué grupos existe una diferencia estadísticamente significativa se utilizó la prueba post-hoc de Bonferroni. El que presentó el valor más bajo fue el primer grupo (1^{er} y 2^{do} semestre) y el grupo más alto fue el cuarto (7^{mo} y 8^{vo} semestre). Las comparaciones del primer grupo con los restantes fueron estadísticamente significativas, también el segundo grupo (3^{er} y 4^{to} semestre) con el primero y el cuarto. Todas estas diferencias fueron significativas por lo menos a un nivel de p inferior a .05. En cambio, las comparaciones entre el segundo grupo con el tercero (5^{to} y 6^{to} semestre) y el tercero con el cuarto no fueron estadísticamente significativas.

TABLA 15.

Kruskall Wallis autoeficacia general y grado de avance en la carrera

Año que se encuentran en Psicología	N	M	DT	Rango promedio	F	p
1er y 2do semestre	164	28.1 1	4.71 7	156.12	f=30.354	.000
3er y 4to semestre	98	30.1 2	4.29 6	196.26		
5to y 6to semestre	81	30.6 5	4.31 3	211.23		
7mo y 8vo semestre	29	32.6 2	3.57 0	256.22		
Total	372					

6.4.3 Autoeficacia y variables económicas

En relación a la cantidad de personas en el hogar, la prueba de Kruskall Wallis para muestras independientes arrojó un resultado estadísticamente significativo tal como se muestra en la tabla 16.

Nuevamente se utilizó la prueba post-hoc de Bonferroni para observar las diferencias intergrupos. La comparación entre el primer grupo y el tercero fue la única que resultó estadísticamente significativa p inferior .05. En cambio, la relación entre la autoeficacia y los ingresos económicos arrojó un resultado no estadísticamente significativo, estos datos se muestran en la tabla 16.

TABLA 16.

Comparación de medias y rangos (estadístico Kruskall Wallis) entre grupos. Autoeficacia y variables económicas

		N	M	DT	Rango promedio EAG	<i>P</i>
Ingresos económicos	10 mil o menos	23	31	4.824	237.48	.334
	Entre 10 mil y 20 mil	47	28.57	4.558	181.06	
	Entre 20 mil y 40 mil	146	29.50	4.476	200.30	
	Entre 40 mil y 80 mil	146	29.55	4.357	203.82	
	Más de 80 mil	44	29.91	5.826	219.26	
	Total	406			406	
Número de personas que viven en el hogar	Una	44	31.48	4.218	255,17	.028
	Dos	117	29.38	5.041	206,56	
	Tres a cinco	224	29.37	4.349	197,96	
	Cinco o más	26	28.65	5.161	189,52	
	Total	411				

6.4.4 Autoeficacia, terapia y psicofármacos

Se analizó la diferencia en la autoeficacia general de acuerdo a si los participantes habían asistido al psicólogo alguna vez, estaban asistiendo actualmente y si toman psicofármacos. Las variables de agrupación fueron: ¿Usted ha concurrido alguna vez al psicólogo en su vida?, ¿está usted asistiendo al psicólogo? y ¿Usted toma psicofármacos? Para todos los análisis se utilizaron pruebas U de Mann-Whitney, siendo los resultados estadísticamente no significativos, como se muestra en la tabla 17.

TABLA 17.

Comparación de medias y rangos (U de Mann Whitney). Autoeficacia, tratamientos psicológicos y farmacológicos

		N	M	DT	Rango promedio	U de Mann Whitney	<i>p</i>
Asistencia previa al psicólogo	No	125	29.47	4.38	199.04	17005,000	.533
	Si	283	29.63	4.75	206.91		
	Total	408					
Asistencia actual al psicólogo	No	303	29.62	4.63	208.28	15670.500	.513
	Si	108	29.36	4.66	199.60		
	Total	411					
Consumo de psico- fármacos	No	387	29.61	4.56	206.56	4039.500	.455
	Si	23	28.57	5.74	187.63		
	Total	410					

7. Discusión

En el siguiente capítulo se discuten los resultados antes descritos en el capítulo precedente, contrastándolos con el marco teórico y los antecedentes de investigaciones previas.

7.1 Propiedades psicométricas

7.1.1 Fiabilidad

Con respecto al primer objetivo podemos decir que la EAG presenta valores adecuados como instrumento de medida en una población uruguaya universitaria, tal como se encontró en las poblaciones chilena, argentina, ecuatoriana, españolas, mexicana, costarricense, alemana y china (Brenlla, et al., 2010, Cid, et al., 2010; Clavijo et al., 2020; Moreta-Herrera, et al., 2019; Suárez, et al., 2000; Padilla et al., 2006; Schwarzer et al., 1977).

El α se situó en valores menores a los obtenidos en algunos de los antecedentes referenciados: Chile (.84 y .88), Ecuador (.87 y .90), España (oscilaron entre .86 y .90), México (.86) y en la muestras alemana y china (.91 y .84) (Cid et al., 2010; Clavijo et al., 2020; Bueno-Pacheco, 2018; Moreta-Herrera, et al., 2019; De las Cuevas, & Peñate, 2015; Suárez et al., 2000; Blanco, 2010, Espada et al. 2012; Padilla et al., 2006; Schwarzer et al., 1997).

En cambio en la presente investigación reportamos un α mayor al de la muestra argentina (.76), peruana (.75) y costarricense (.81) (Brenlla et al., 2010; Grimaldo Muchotrigo, 2005; Schwarzer et al., 1997). Estos datos se encuentran sistematizados en la tabla 18.

El valor de .83 en dónde se situó el α en este estudio demuestra un buen nivel de consistencia interna. Teniendo en cuenta los aportes de Viladrich y colaboradores (2017) para quienes son valores de α aceptables aquellos superiores a .70 en el desarrollo de nuevas medidas, .80 cuando se aplica en investigación y .90 cuando las puntuaciones se utilizan para tomar decisiones importantes que tienen repercusiones en los individuos.

Asimismo, se utilizó también el coeficiente Ω cuya puntuación fue de .87. La única investigación que también reportó este coeficiente fue la realizada en Chile por Clavijo y colaboradores (2020) en donde se reportó el mismo valor. Podemos considerar este resultado como muy bueno (McDonald, 1999). De acuerdo a Campo Arias y Oviedo (2008) un coeficiente de entre .70 y .90 es aceptable. Tal como plantean Dunn y colaboradores (2014) el coeficiente Ω , a diferencia del α , no requiere el cumplimiento de tau-equivalencia y la ausencia de errores correlacionados, por eso supera el valor α .

TABLA 18.
Consistencia interna de las diferentes adaptaciones

	α de Cronbach	Ω de McDonald
Adaptación uruguaya ¹ (Chirullo et al., in press)	.83	.87
Adaptación argentina (Brenlla et al., 2010)	.76	-
Adaptación chilena (Cid et al., 2010; Clavijo et al., 2020)	.84-.88	.89
Adaptación peruana (Grimaldo Muchotrigo, 2005)	.75	-
Investigaciones ecuatorianas (Bueno Pacheco et al., 2018; Moreta Herrera et al., 2019)	.87-.89	-
Investigaciones españolas ⁵ (Suarez et al., 2000; Blanco, 2010; De las Cuevas & Peñate, 2015; Espada et al., 2012)	.86 a .90	-
Muestra costarricense (Schwarzer et al., 1997)	.81	-
Muestra alemana (Schwarzer et al., 1997)	.84	-
Muestra china (Schwarzer et al., 1997)	.91	-
Investigación mexicana (Padilla et al., 2006)	.86	-

7.1.2 Estabilidad temporal:

El estudio de estabilidad temporal mediante la técnica de test-retest arrojó evidencia sobre la estabilidad del constructo. Las correlaciones entre las tres tomas fueron significativas: la primera toma con el primer retest .658 y con el segundo .826, y el primer retest con el segundo .811 utilizando el Tau_b de Kendall. Es necesario aclarar que hubo un proceso de desgranamiento por la cantidad de participantes en la segunda y la tercera muestra fue menor al de la primera. Este desgranamiento se debió en gran medida al avance del curso en el semestre, que generó que algunos estudiantes abandonaran el curso o faltasen a clase.

En la investigación realizada por Espada y colaboradores (2012) se utilizó el coeficiente de Pearson para calcular la correlación entre las aplicaciones del test. El resultado fue de .43, alcanzándose el nivel de significación estadística. En este estudio se optó por utilizar un estadístico no paramétrico ya que la distribución de las variables no fue normal.

7.1.3 Análisis Factorial Exploratorio y Análisis Factorial Confirmatorio

El AFE replicó los resultados de otros estudios que postulan la unifactorialidad de la EAG (Bäbler & Schwarzer, 1996; Brenlla, et. al, 2010; Moreta Herrera, et al., 2019; Blanco, et al., 2019; De las Cuevas & Peñate, 2015; Espada, et al. 2012; Padilla et al., 2006; Schwarzer et al., 1997). En esta investigación la varianza explicada por la solución unifactorial fue de 47%, oscilando las cargas factoriales entre .37 y .81.

La varianza explicada en la presente investigación fue superior a la de la primera versión en español, a la versión argentina, peruana, mexicana (Bäbler & Schwarzer, 1996; Brenlla et al., 2010; Grimaldo Muchotrigo, 2005; Padilla et al., 2010) y a las muestras costarricense y alemana del estudio realizado por Schwarzer y colaboradores (1997). En cambio, fue menor a la investigación chilena, a las investigaciones ecuatorianas, a las investigaciones españolas referenciadas (Clavijo et al., 2020; Bueno-Pacheco et al., 2018; Moreta Herrera et al., 2019;

Blanco, et al., 2019; De las Cuevas & Peñate, 2015; Espada et al., 2012) y a la muestra China del estudio realizado por Schwarzer y colaboradores (1997).

Se exploró una solución bifactorial, que fue descartada, ya que la inclusión del segundo factor solo aumentaría un 11% la varianza total, existiendo cargas cruzadas en un ítem. Por otro lado, el segundo factor presentó un α de .62, muy por debajo del α del factor principal α .83. No es la primera investigación que obtiene una solución bifactorial, lo mismo le sucedió a Brenlla y colaboradores en Argentina (2010), sin embargo, no existe evidencia teórica de una estructura bifactorial.

Teniendo en cuenta la abrumadora evidencia en relación a la estructura unifactorial de la EAG (Scholz et al., 2002) y considerando que de los criterios de retención el más robusto es el Análisis Paralelo, consideramos que la solución más adecuada es la unifactorial.

En función de los resultados obtenidos en el AFE, en el AFC solo se testeó el modelo unifactorial. El AFC realizado sobre la base total presentó algunos índices de ajuste aceptables (CFI/TLI) y otros no aceptables (χ^2/ gl , RMSEA, WRMR). Al analizar los estadísticos de bondad de ajuste debemos tener en cuenta que - de acuerdo con Ruiz y colaboradores (2010) - se deterioran rápidamente con el aumento del tamaño muestral. Se recomienda una tasa superior a 10 sujetos por variable observada, cantidad ampliamente superada en la presente investigación; asimismo de acuerdo a los autores, se estila exigir muestras mayores a 100, siendo una buena garantía las muestras superiores a 200 personas. Siguiendo estos aportes se replicó el Análisis Factorial Confirmatorio con la mitad de la muestra. Los índices de ajuste mejoraron sustancialmente.

En relación al CFI y al TLI de acuerdo a Arias y colaboradores (2014) se consideran aceptables los valores de los índices de ajuste comparativo superiores a .90 y de buen ajuste superiores a .95. En este estudio los valores de CFI fueron de .93 y .97, y los de TLI de .91 y .94, para la base total y para la mitad de la base respectivamente. En las investigaciones realizadas en Ecuador, España (Galicia), Brasil, Colombia y Alemania se encontraron valores similares (Bueno Pecho, et al., 2019; Moreta Herrera et al., 2019; Damasio et al., 2005; Blanco et al., 2019). Estos datos pueden observarse en la tabla 2.

En relación al χ^2/ gl se considera adecuado cuando presenta valores de 3 o menos (Bentler, 1999; Ruiz et al., 2010). De acuerdo a Pereira y colaboradores (2004) las interpretaciones más

liberales consideran los valores menores a 5 como indicadores de buen ajuste, mientras que las interpretaciones más conservadoras entienden como indicadores de buen ajuste los valores menores a 2. Múltiples autores (Arias, et al, 2014; Pereira et al., 2004; Ruiz et al., 2010) señalan que el χ^2 es sumamente sensible al tamaño muestral, de manera que en casos de muestras muy grandes casi todos los modelos resultan inadecuados. En ese sentido podrían expresar valores inadecuados para modelos que, en realidad, son adecuados. En la presente investigación el valor del χ^2/ gl fue de 6.65 para toda la muestra y 3.32 para la mitad de ella.

Existen otras muestras en donde los resultados del χ^2/ gl no fueron aceptables como en las muestras brasileña y colombiana del estudio de Damásio y colaboradores (2016). En ese estudio la muestra fue de 2394 brasileños, la muestra alemana de 2076 y la colombiana de 2372. En el caso de uno de los estudios españoles (Blanco et al., 2019) el χ^2/ gl fue similar al hallado en esta investigación para la muestra total; sin embargo, en ese estudio dividieron la muestra total (592) en dos submuestras para realizar el AFE y el AFC, de esta manera realizaron el AFC sobre 246 participantes. El χ^2/ gl encontrado en esta investigación para la mitad de la muestra (206) presentó mejores valores.

De acuerdo a Di Stefano y colaboradores (2018) los valores del estadístico WRMR son aceptables por debajo de .9 o 1.0. El valor obtenido en el Análisis Factorial Confirmatorio realizado sobre toda la muestra fue superior; sin embargo, el valor obtenido para la mitad de la muestra entró dentro de los parámetros aceptables, 1.43 y 1.0 respectivamente.

Los valores del estadístico RMSEA no fueron aceptables. Este estadístico presentó valores de .12 y .10 para la totalidad y la mitad de la muestra. Considerándose valores buenos iguales o por debajo de .05 y aceptables entre .05 y .08 (Arias et al, 2014; Ruiz et al., 2010). No obstante, nuevamente los valores presentan mejoras y fueron similares a los encontrados por Blanco y colaboradores (2019). De acuerdo a Kline (2015), el índice RMSEA se ve afectado positivamente cuando el modelo presenta muchos grados de libertad, lo cual suele suceder en modelos complejos. Por las características del instrumento el modelo testeado no presentó una gran cantidad de grados de libertad, lo que podría explicar que los puntajes obtenidos no hayan alcanzado rangos aceptables.

7.2 Validez convergente y validez divergente

En primer lugar, en relación a la asociación entre autoeficacia y depresión, se replicó la correlación negativa señalada en estudios previos (Ortiz y del Barrio, 2002; Schwarzer, et al, 1997; Blanco, et al., 2019). Es importante mencionar que en cada estudio fueron utilizados diferentes instrumentos de medición de la depresión, lo que debe ser tenido en cuenta a la hora de interpretar los resultados. Diferentes instrumentos pueden arrojar diferentes resultados, en tanto no miden el constructo de la misma manera. En el estudio realizado por Ortiz y del Barrio (2002) el instrumento utilizado para medir la depresión fue el CDI (*Children Depression Inventory*). En la investigación realizada por Schwarzer y colaboradores (1997) se utilizó la escala de depresión de 16 ítems elaborada Zerssen en 1976, en las muestras costarricense y alemana. En el estudio realizado por Blanco y colaboradores se utilizó la Escala de Depresión del Centro para Estudios Epidemiológicos. La obtención de correlaciones negativas entre la autoeficacia general y la depresión, en todos estos estudios en donde se usaron diferentes instrumentos, parece apuntar a que usualmente la autoeficacia general correlaciona en forma negativa con la depresión. Sin embargo, en el estudio desarrollado por Espada y colaboradores (2012) en dónde también se utilizó el BDI como instrumento de medida, no hubo una correlación negativa significativa entre autoeficacia general y depresión. Los autores aclaran que lo esperable hubiese sido una correlación negativa y significativa.

En esta investigación la correlación fue de $-.305$. La correlación negativa apoya la validez de constructo de la autoeficacia general en este estudio, en tanto es una evidencia de validez discriminante. El resultado refleja en qué grado, a medida que aumenta la autoeficacia general, la depresión disminuye. Estos resultados coinciden con lo esperado, en función de que las personas que confían en su capacidad para manejar las situaciones y adversidades de la vida tienen menos probabilidad de deprimirse, mientras que las personas deprimidas suelen tener una percepción menor de eficacia. Como fue expuesto en el marco teórico, en la teoría cognitiva que explica la depresión desarrollada por Beck y colaboradores (1979) los signos y síntomas de la depresión son generados por esquemas idiosincráticos que se activan y moldean la visión de la realidad que tiene del sujeto. Los esquemas idiosincráticos contienen y generan pensamientos negativos que pueden discurrir en tres grandes áreas, de acuerdo a lo que Beck conceptuó como la triada cognitiva de la depresión. Estas áreas son una visión negativa de uno mismo, del mundo y del futuro. La visión

negativa de uno mismo está vinculada con sentimientos de inutilidad y autocrítica, que también se vinculan a la baja autoestima (en los resultados también podemos ver una fuerte correlación negativa entre depresión y autoestima, $-.496$) y está a una pobre percepción de eficacia. La visión negativa del mundo refiere al sentimiento de incapacidad que padecen las personas deprimidas para hacer frente a las exigencias y responsabilidades. Por último, las personas deprimidas tienen una visión negativa del futuro, creen que no son capaces de cambiar su realidad. Como podemos observar estos últimos dos elementos de la triada cognitiva de la depresión están directamente vinculados a la autoeficacia general en tanto señalan la interpretación que hacen las personas depresivas, de que no son capaces de afrontar las responsabilidades, ni generar cambios a futuro.

Este estudio replicó la correlación positiva, estadísticamente significativa entre autoeficacia y autoestima, $.385$, $p \leq .005$; como la investigación que realizó la adaptación de la EAG para Chile (Cid et al., 2010), en donde la correlación es de $.305$ ($p \leq .01$). En ambos estudios se utilizó la Escala de Autoestima de Rosenberg. También una reevaluación realizada en Chile el presente año (Clavijo et al., 2020) replicó la correlación positiva ($r=.572$, $p < .001$), sin embargo, esta vez se utilizó una versión abreviada de la Escala de Autoestima de Rosenberg. Esto coincide con lo esperado teóricamente en los antecedentes (apartados 2.1 y 2.2). Si tenemos en cuenta la definición de autoestima realizada Sánchez y colaboradores (1997) como un conjunto de actitudes y juicios que forman la opinión sobre uno mismo, implicando el comportamiento, es esperable que las personas que tengan una mayor autoestima, posean mayores niveles de autoeficacia. Asimismo, coincide con lo planteado por Flammer en el texto editado por Bandura (1999), según lo cual las creencias de control - entre ellas se encuentra la autoeficacia - son parte del autoconcepto, donde determinan en gran medida la autoestima. El autor dice que cierto grado de control sobre un conjunto de sucesos de la vida, es una condición indispensable para la supervivencia. La posibilidad de ejercer control aporta un poder físico o social, así como respeto social, por lo cual las personas derivan una parte importante de su autoestima del control que creen disponer.

Se obtuvo una correlación negativa entre la autoeficacia y la ansiedad como estado $-.268$ y una correlación también negativa con la ansiedad como rasgo $-.334$. Los resultados coinciden del estudio desarrollado por Contreras y colaboradores (2005), en donde la autoeficacia correlacionó en forma inversa y significativa tanto con la ansiedad como estado, como con la ansiedad como rasgo. En el estudio realizado por Schwarzer y colaboradores (1997) también se describe una

correlación negativa entre la autoeficacia y la ansiedad, pero no se especifica la ansiedad estado y la ansiedad rasgo. Ambos estudios antes citados usaron también el STAI para medir la ansiedad.

Los resultados obtenidos concuerdan con los planteado por Bandura (1977), según lo cual las personas que tienen mayores niveles de autoeficacia tienen menos ansiedad y mejor desempeño. De acuerdo al autor los altos niveles de excitación propios de la ansiedad debilitan el desempeño, afectando así la autoeficacia. Los individuos tienen mayores tendencias a esperar el éxito cuando no se sienten tensos, agitados o tienen una excitación aversiva. Si pensamos que la ansiedad es una emoción, o un estado de aprensión (Bandura, 1988), cuyo objetivo es preparar al individuo ante un peligro, es natural pensar que cuando las personas lo sienten en situaciones en donde luchar o huir no significa una mejoría en el desempeño, este disminuya.

La ansiedad como estado y la ansiedad como rasgo obtuvieron una correlación positiva y significativa (.590) entre ellas, confirmando lo planteado por el autor (Spielberger et al., 1970) de que las personas con mayor ansiedad Estado presentan mayor ansiedad Rasgo.

La correlación negativa entre la autoeficacia y la ansiedad como estado y rasgo es evidencia de validez divergente. A más autoeficacia, menores son los niveles de ansiedad, tanto como estado y como rasgo. Este resultado podría explicarse mediante el hecho de que las personas que tienen mayores niveles de autoeficacia, experimentan menor propensión ansiosa, es decir ansiedad rasgo, percibiendo menos situaciones como amenazantes.

Se obtuvo una correlación positiva, aunque leve, entre la autoeficacia y la extensión temporal de pasado. En cambio, la correlación entre la autoeficacia y la extensión de futuro fue negativa, pero prácticamente nula. No se encontró evidencia sobre estudios previos que evaluaran la correlación entre la extensión temporal y la autoeficacia. Por otro lado, teóricamente no se tiene por qué suponer que exista una asociación entre ambos constructos. El hecho de que las personas tengan más tendencia a pensar en el pasado o en el futuro en sí mismo, no impacta en su percepción de eficacia ya que no sabemos cuál es la valoración que hacen esas personas sobre esos eventos. Como refiere Ortuño (2020) se trata de una propiedad cognitiva y no afectiva de la temporalidad. Futuros estudios podrían indagar la relación entre la autoeficacia y otras propiedades de la perspectiva temporal, como por ejemplo algunas de las dimensiones propuestas por Zimbardo y Boyd (1997). Se podría esperar que la autoeficacia correlacionase en forma positiva con el pasado positivo, el presente hedonista y el futuro trascendental, y en forma negativa con el futuro negativo, el pasado negativo y el presente fatalista.

7.3 Correlaciones con datos sociodemográficos:

7.3.1 Autoeficacia género, edad y estado civil

En el presente estudio no se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre la autoeficacia y el género. Debemos tener en cuenta que, si bien en estudios previos se encontraron diferencias, en ambos casos los autores aclaran que son pequeñas o no significativas (Brenlla et al., 2010; De Las Cuevas & Peñate, 2015). En el caso del estudio realizado por Schwarzer y colaboradores (1997) se encontraron diferencias significativas en las muestras alemana y china, pero no en la costarricense.

Como se mencionó en el apartado referido a los resultados, se encontró una correlación positiva entre la autoeficacia medida con la EAG y la edad, al igual que en el estudio realizado en Argentina (Brenlla, et. al, 2010); no obstante, los autores aclaran que esta diferencia no resultó significativa en los análisis post-hoc. En cambio, en el estudio realizado por De las Cuevas y Peñate (2015) la correlación entre la autoeficacia y la edad fue negativa. Debemos tener en cuenta que en ese estudio la población estudiada era pacientes psiquiátricos ambulatorios (pacientes con esquizofrenia, trastorno bipolar, trastornos obsesivo compulsivos, entre otros). Lo mismo sucedió en el estudio realizado por Ortiz y Gándara (2002), pero en el mencionado estudio la población estudiada fueron menores de edad de entre 8 a 15 años, en donde es esperable que a medida que se acercan a la adolescencia, la autoeficacia disminuya, producto de los cambios esperables para ese período vital.

Como se mencionó en el punto 6.3 se obtuvo una correlación positiva entre la autoeficacia medida con la EAG y el grado de avance en la carrera, siendo significativas a lo largo de la carrera y en los primeros dos años en relación a los siguientes. Estos resultados coinciden con el marco teórico que relaciona la autoeficacia con logro académico (Contreras et. al, 2005).

También coinciden parcialmente con los resultados de la adaptación argentina en dónde se encontró una orientación creciente de la puntuación de la EAG a medida que la educación aumenta; no obstante, en esa investigación no fue significativamente estadístico (Brenlla, et al., 2010). De acuerdo a los autores el grupo con mejor nivel educativo (universitario / terciario) superó a los

otros dos grupos (primaria completa y secundaria completa). Tampoco fueron encontradas diferencias entre los niveles educativos en la investigación realizada en las Islas Canarias (De las Cuevas & Peñate, 2015).

En relación al estado civil, como se mencionó en el apartado 6.3.1 se eliminó el subgrupo que refería a las personas viudas, puesto que contaba con un solo participante y se procedió a unificar el grupo de casados con el de divorciados, ya que entre estos dos no existían diferencias estadísticamente significativas y el número era bajo. Quedaron entonces tres grupos: solteros, unión libre, y casados y divorciados. Los resultados encontraron que existían diferencias estadísticamente significativas entre los solteros y el grupo de casados y divorciados. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas con el grupo de personas que se encontraban en unión libre. El aumento en los niveles de autoeficacia podría deberse en realidad, no al estado civil sino a la edad, ya que aquellas personas casadas y divorciadas probablemente son mayores y como vimos antes, la autoeficacia y la edad presentan una correlación positiva.

7.3.2 Autoeficacia y variables económicas

En este estudio se evaluó la autoeficacia en relación a los ingresos percibidos en el hogar, así como a la cantidad de personas que viven en el mismo. No hubo diferencias significativas entre las personas que percibían diferente cantidad de ingresos. Debemos remarcar que puede haber sucedido que estudiantes que viven solos en pensiones estudiantiles hayan marcado los ingresos que perciben en su hogar de origen, especialmente si aún mantienen vínculos de dependencia económica. En ese sentido, al ser la autoeficacia una creencia sobre la capacidad de uno mismo, si hubiese que volver a evaluar la autoeficacia y la relación con los ingresos económicos, la pregunta podría estar orientada en los ingresos propios y no en los percibidos en el hogar.

La relación entre las personas que vivían solas y aquellas que no, resultó significativa especialmente entre aquellas que vivían con tres a cinco personas. Esta diferencia se puede deber a que vivir solo implica una serie de habilidades cuyo dominio puede reforzar las creencias de eficacia: ser económicamente autosuficiente, ocuparse de las tareas del hogar, organizar el tiempo para poder autorregularse, entre otras, son todas tareas que se perfeccionan o se adquieren cuando

uno comienza a vivir solo. Es interesante que la mencionada diferencia en la autoeficacia no se dio con personas que viven con alguien más (sea padre o pareja) o con aquellos hogares de cinco o más personas. La respuesta puede ser que aquellas personas que viven con alguien más ya han incorporado alguna o todas de las habilidades que mencionábamos previamente. En relación a los participantes que vivían con cinco o más personas (que solo fueron 26 del total), podría suceder que, si en estos casos el participante vivía con amigos, haya incorporado alguna de las habilidades previamente mencionada, así como si vive en familia, ya que en las familias grandes con muchos integrantes los progenitores pueden dedicar menos tiempo y posiblemente menos recursos a cada hijo. No obstante, debemos remarcar que puede haber sucedido que estudiantes que viven en pensiones estudiantiles no hayan marcado que viven solos.

7.3.3 Autoeficacia, tratamiento psicológico y psicofármacos

En la presente investigación no se encontraron asociaciones entre la autoeficacia, el consumo de psicofármacos y la asistencia al psicólogo.

No obstante, podemos remarcar que aquellas personas que declararon haber asistido previamente al psicólogo tuvieron puntuaciones mayores que aquellas que no. Esto podría explicarse porque estas personas han realizado un tratamiento en manera exitosa o no se encuentran en este momento atravesando una situación que requiera asistencia. Sumado a esto, coincide que las personas que declararon estar en tratamiento psicológico actualmente tuvieron puntuaciones menores en autoeficacia que las que no, igual que aquellas que consumen psicofármacos. Tenemos que tener en cuenta que solo 23 de 412 declararon estar consumiendo psicofármacos. Debemos considerar que, al tomarse la muestra en un contexto universitario, los estudiantes pueden haberse visto inclinados a no contestar afirmativamente en este punto. En el estudio realizado por De Las Cuevas y Peñate (2015) con pacientes psiquiátricos ambulatorios se encontró una correlación negativa con la cantidad de psicofármacos recetados. En ese caso los resultados apuntarían en una dirección similar (mayor consumo de psicofármacos menos autoeficacia); sin embargo, debemos tener en cuenta que las poblaciones estudiadas son muy diferentes (país, características, etc.).

8. Conclusiones

La presente investigación ha demostrado que la adaptación uruguaya de la EAG presenta características psicométricas adecuadas para su utilización en una población universitaria. Han sido expuestas evidencias de fiabilidad ($\alpha = .83$, $\Omega = .87$), estabilidad temporal y validez, tanto convergente como divergente. La estabilidad temporal fue medida mediante los estadísticos Tau de *Kendall* y Rho de *Spearman* obteniéndose correlaciones estadísticamente significativas entre las tres aplicaciones, las cuales estuvieron separadas por períodos de 30 días. Se replicó la estructura unifactorial de la escala. El AFE confirmó la estructura unifactorial explicando un 47% de la varianza. Se testeó, también mediante AFE una estructura bifactorial, sin embargo, se descartó, ya que solo explicaba un 11% más de la varianza y el valor de α del segundo factor se limitaba a .62. Por otro lado, no existe sustento teórico de una estructura bifactorial de esta escala. En relación al AFC el modelo presentó valores aceptables (CFI/TLI) y valores inaceptables (χ^2/gl , WRMR, RMSEA) para toda la muestra. No obstante, al realizarlo para la mitad de la muestra seleccionada al azar, teniendo en cuenta que los índices de ajuste de bondad se deterioran al aumentar el tamaño muestral (Ruiz et al., 2010), los valores mejoraron sustancialmente. El AFC realizado sobre la mitad de la muestra solo arrojó valores inadecuados en el RMSEA, que de cualquier manera presentó mejoras respecto del mismo valor en el AFC realizado sobre la totalidad de la muestra. Es por lo expuesto que consideramos que el modelo presentó un buen ajuste.

Las diferentes correlaciones encontradas con otros constructos representan evidencias de validez, tanto convergente como divergente. Dentro de la más fuertes se encuentra la correlación positiva con autoestima y las correlaciones negativas con depresión, ansiedad rasgo y ansiedad estado. En ese sentido futuros estudios podrían indagar la relación de la autoeficacia con otras variables no estudiadas esta vez, como el autoconcepto o el locus de control.

Se hallaron asociaciones entre la autoeficacia y algunas de las variables sociodemográficas estudiadas. En relación a la edad, en el rango de edad estudiado a medida que aumenta la edad también aumenta la autoeficacia. Se encontró una relación entre la autoeficacia y el estado civil, las personas solteras poseían menor autoeficacia que las casadas y divorciadas. También se halló una correlación positiva entre grado de avance en la carrera y autoeficacia: a mayor grado de

avance en la carrera más autoeficacia. Finalmente existe una asociación entre la cantidad de personas que viven en el hogar y la autoeficacia, las personas que viven sola tuvieron mayores niveles de autoeficacia que las otras, especialmente aquellas que conviven con entre tres y cinco personas.

No se encontraron asociaciones significantes entre la autoeficacia general y los constructos de extensión de tiempo pasado o futuro. No obstante, como se planteó previamente, no se encontraron estudios previos que abordasen esta relación y no existe base teórica para esperar una correlación. Futuras investigaciones podrían indagar sobre la relación existente entre la autoeficacia general y otras dimensiones de la temporalidad, como la dimensión afectiva. Tampoco se encontró relación entre la autoeficacia general y el género y entre la autoeficacia general y los ingresos socioeconómicos,

Por lo anteriormente expuesto podemos decir que se cumplió con el objetivo general planteado en esta investigación: Informar sobre las características psicométricas de la EAG en una población uruguaya universitaria de entre 18 a 65 años. También se cumplieron los objetivos específicos: analizar la fiabilidad de la EAG mediante la consistencia interna y la estabilidad temporal, analizar la estructura factorial y, por último, analizar otras evidencias de validez mediante la relación con otros constructos y con variables sociodemográficas.

Es importante señalar las limitaciones de este estudio. En primer lugar, fue realizado con una muestra no representativa, seleccionada por conveniencia, esto llevó a que la distribución de la edad no fuera equilibrada. Asimismo, se contó con una mayor cantidad de participantes mujeres que hombres. Finalmente, todos eran estudiantes universitarios. Es importante tener en cuenta que a pesar de que la muestra fue tomada enteramente en la sede central de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República, que se sitúa en la ciudad de Montevideo, es probable que la participación sea geográficamente muy diversa, ya que a ella acuden tanto estudiantes de la capital como del interior. Sin embargo, en el cuestionario sociodemográfico no se consultó el lugar de origen. Futuros estudios podrían testear la EAG en otras poblaciones con el objetivo de obtener mayor evidencia sobre su validez y confiabilidad.

Referencias bibliográficas:

Abad, FJ; Olea, J; Ponsoda, V; García, C. Medición en ciencias sociales y de la salud. 2011. Editorial Síntesis Borrel y Carrió, F. Manual de Entrevista Clínica. Ed. Doyma. S.A., Barna.

Agencia Nacional de Investigación e Innovación, 2017. Becas de Posgrado Nacionales – 2017.

Apostolidis, T., Fieulaine, N., Simonin, L., & Rolland, G. (2006). Cannabis use, time perspective and risk perception: Evidence of a moderating effect. *Psychology and Health*, 21, 571-592.

Atienza, F., Moreno, Y., & Balaguer, I. (2000). Escala de autoestima de Rosenberg. *Apunt Psicol*, 22(2), 247-55.

Arias, M. R. M., Lloreda, M. V. H., & Lloreda, M. J. H. (2014). *Psicometría*. Alianza Editorial.

Bäbler, J & Schwarzer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: Adaptación Española de la Escala de Autoeficacia General [Measuring generalized self-beliefs: Spanish Adaptation of the General Self-Efficacy Scale]. *Ansiedad y Estrés*, 2(1), 1-8.

Bandura, A. (1977). *Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change*. *Psychological review*, 84(2), 191-215.

Bandura, A. (1986) *Social Foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Bandura, A. (1988). Self-efficacy conception of anxiety. *Anxiety research*, 1(2), 77-98.

Bandura, A. (1991). Self-efficacy conception of Anxiety. In R. Schwarzer & R. A. Wicklund (Eds.), *Anxiety and self-focused attention* (pp. 89-110). New York: Harwood.

Bandura, A. (1999). *Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual*. Bilbao: Decilée De Brouwer.

Bandura, A., Caprara, G. V., Barbaranelli, C., Pastorelli, C., & Regalia, C. (2001). Sociocognitive self-regulatory mechanisms governing transgressive behavior. *Journal of personality and social psychology*, 80(1), 125.

Beck, A. T., & Steer, R. A. Garbin,(1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: 25 years of evaluation. *Clinical Psychology Reviews*, 8(77), 100.

Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of general psychiatry*, 4(6), 561-571.

- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B. F. y Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Nueva York: Guilford Press.
- Bembenutty, H., & Karabenick, S. A. (2004). Inherent Association Between Academic Delay of Gratification, Future Time Perspective and Self-Regulated Learning. *Educational Psychology Review*, 16(1), 35-57.
- Blanco, Á. B. (2010). Creencias de autoeficacia de estudiantes universitarios: un estudio empírico sobre la especificidad del constructo. *Relieve. Revista electrónica de investigación y evaluación educativa*, 16(1), 1-28.
- Blanco, V., Vazquez, F. L., Guisande, M. A., Sanchez, M. T., & Otero, P. (2019). Psychometric Properties of the Generalized Self-Efficacy Scale in Non-Professional Caregivers. *REVISTA IBEROAMERICANA DE DIAGNOSTICO Y EVALUACION-E AVALIACAO PSICOLOGICA*, 3(52), 115-127.
- Boniwell, I., & Zimbardo, P. G (2003) Time to Find the Right Balance. *The Psychologist*, 16, 129–31.
- Brenlla, M. E., Aranguren, M., Rossaro, M. F., & Vázquez, N. (2010). Adaptación para Buenos Aires de la escala de autoeficacia general. *Interdisciplinaria*, 27(1), 77-95.
- Brown, T. A. (2015). *Confirmatory Factor Analysis for Applied Research* (2nd Ed.). New York: Guilford publications.
- Bueno-Pacheco, A., Lima-Castro, S., Peña-Contreras, E., Cedillo-Quizhpe, C., & Aguilar-Sizer, M. (2018). Adaptación al español de la escala de autoeficacia general para su uso en el contexto ecuatoriano. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 3(48), 5-17.
- Campo-Arias, A., & Oviedo, H. C. (2008). Propiedades psicométricas de una escala: la consistencia interna. *Revista de salud pública*, 10, 831-839.
- Cattell, R. B. (1966). The scree test for the number of factors. *Multivariate behavioral research*, 1(2), 245-276.
- Cid, P., Orellana, A., & Barriga, O. (2010). Validación de la escala de autoeficacia general en Chile. *Revista médica de Chile*, 138(5), 551-557.
- Chertcok, A. (2006). *Las Causas de Nuestra Conducta*. Recuperado el 15 de agosto de 2015, de <http://www.psicologiatotal.com/lascausas.pdf>
- Clavijo, M., Yévenes, F., Gallardo, I., Contreras, A. M., & Santos, C. (2020). Escala de autoeficacia general: reevaluación de su evidencia de confiabilidad y validez en Chile. *Revista médica de Chile*, 148(10), 1452-1460.

Contreras, F., Espinosa, J. C., Esguerra, G., Haikal, A., Polanía, A., & Rodríguez, A. (2005). Autoeficacia, ansiedad y rendimiento académico en adolescentes. *Diversitas: perspectivas en psicología*, 1(2), 183-194.

Damáσιο, B. F., Valentini, F., Núñez-Rodríguez, S. I., Kliem, S., Koller, S. H., Hinz, A., Brähler, A., Finck, C., & Zenger, M. (2016). Is the general self-efficacy scale a reliable measure to be used in cross-cultural studies? Results from Brazil, Germany and Colombia. *The Spanish journal of psychology*, 19.

Decreto 379/008 (2008). Diario Oficial N° 27.547, Montevideo, Uruguay, 14 de agosto de 2008

De las Cuevas, C., & Peñate, W. (2015). Psychometric properties of the eight-item Morisky Medication Adherence Scale (MMAS-8) in a psychiatric outpatient setting. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15(2), 121-129.

De Volder, M. L., & Lens, W. (1982). Academic Achievement and Future Time Perspective as a Cognitive-Motivational Concept. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42(3), 566-571.

Di Stefano, C., Liu, J., Jiang, N., & Shi, D. (2018). Examination of the weighted root mean square residual: Evidence for trustworthiness?. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 25(3), 453-466.

Drake, L., Duncan, E., Sutherland, F., Abernethy, C., & Henry, C. (2008). Time perspective and correlates of wellbeing. *Time & Society*, 17(1), 47-61.

Dunn, T. J., Baguley, T., & Brunsten, V. (2014). From alpha to omega: A practical solution to the pervasive problem of internal consistency estimation. *British journal of psychology*, 105(3), 399-412.

Espada, J. P., González, M. T., Orgilés, M., Carballo, J. L., & Piqueras, J. A. (2012). Validation of the General Self-Efficacy Scale with Spanish Adolescents. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 10(1), 355-370.

Ferrando, P.J., & Lorenzo-Seva, U. (2017). Program FACTOR at 10: origins, development and future directions. *Psicothema*, 29(2), 236-241. doi: 10.7334/psicothema2016.304

Field, A. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS statistics*. sage.

García-Renedo, M., Llorens, S., Cifre, E., & Salanova, M. (2006). Antecedentes afectivos de la autoeficacia docente: un modelo de relaciones estructurales. *Revista de educación*, 339, 387-400.

García, J. B., Portilla, M. P. G., Fernández, M. T. B., Martínez, P. A. S., & García, M. B. (2002). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Ars Médica.

- Grimaldo Muchotrigo, M. (2005). Propiedades Psicométricas de la Escala de Autoeficacia General de Baessler & Schwarzer. *Revista Cultura*, 19(1), 213-229.
- Gollwitzer, P. M. (1999). Implementation intentions: strong effects of simple plans. *American psychologist*, 54(7), 493.
- Gomez, J., Ibaceta, P., Muñoz, F y Pardo, E. (1996). Autoeficacia percibida en relación al comportamiento sexual y contraceptivo de los jóvenes. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 49, 173-183.
- Gonçalves, J. M., Simões, M. R., Almeida, L. S., & Machado, C. (2006). *Avaliação Psicológica, Volume 1*. Coimbra: Quarteto.
- Holgado-Tello, F. P., Chacón-Moscoso, S., Barbero-García, I., & Vila-Abad, E. (2010). Polychoric versus Pearson correlations in exploratory and confirmatory factor analysis of ordinal variables. *Quality & Quantity*, 44(1), 153-166.
- Holman, E. A., & Silver, R. C. (2005). Future-Oriented Thinking and Adjustment in a Nationwide Longitudinal Study Following the September 11th Terrorist Attacks. *Motivation and Emotion*, 29(4), 389-410.
- International Test Commission. (2016). *The ITC guidelines for translating and adapting test*. (Segunda edición). Recuperado de: <https://www.intestcom.org/>
- Keough, K. A., Zimbardo, P. G., & Boyd, J. N. (1999). Who's Smoking, Drinking, and Using Drugs? Time Perspective as a Predictor of Substance Use. *Basic and Applied Psychology*, 21, 149-164.
- Kline, P. (1994). *An Easy Guide to Factor Analysis*. London: Routledge.
- Kline, R. B. (2015). *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford publications.
- Knowles, E. S., & Condon, C. A. (2000). Does the rose still smell as sweet? Item variability across test forms and revisions. *Psychological Assessment*, 12(3), 245.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer publishing company.
- Ledesma, R. D., Ferrando, P. J., & Tosi, J. D. (2019). Uso del Análisis Factorial Exploratorio en RIDEP. Recomendaciones para autores y revisores. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación-e Avaliação Psicológica*, 52(3), 173-180.
- Lennings, C. J. (1994). An investigation of the effects of agency and time perspective variables on career maturity. *The Journal of Psychology*, 128(3), 243-253.
- Lennings, C. J., & Burns, A. M. (1998). Time perspective: Temporal extension, time estimation, and impulsivity. *The Journal of Psychology*, 132(4), 367-380.

- Lens, W. (1993). La signification motivationnelle de la perspective. *Révue Québécoise de Psychologie*, 14(1), 69-83.
- Lens, W., Simons, J., & Dewitte, S. (2002). From duty to desire: The role of students' future time perspective and instrumentality perceptions for study motivation and self-regulation. En F. Pajares & T. Urdan (Eds.), *Academic motivation of adolescents* (pp. 221-245). Greenwich, CT: Information Age.
- Lessing, E. E. (1968). Demographic, developmental and personality correlates of length of future time perspective. *Journal of Personality*, 36, 83-201.
- Lewin, K. (1965). *Teoria de Campo em Ciência Social*. (C. M. Bori, Trad.). São Paulo: Livraria Pioneira Editora (Trabajo publicado originalmente en 1951).
- Luszczynska, A., Gutiérrez-Doña, B., & Schwarzer, R. (2005). General self-efficacy in various domains of human functioning: Evidence from five countries. *International journal of Psychology*, 40(2), 80-89.
- Luszczynska, A., Scholz, U., & Schwarzer, R. (2005). The general self-efficacy scale: multicultural validation studies. *The Journal of psychology*, 139(5), 439-457.
- Maddux, J. E., Sherer, M., & Rogers, R. W. (1982). Self-efficacy expectancy and outcome expectancy: Their relationship and their effects on behavioral intentions. *Cognitive Therapy and Research*, 6(2), 207-211.
- Maddux, J. E., & Kleiman, E. M. (2020). Self-efficacy: The power of believing you can. In S. J. Lopez, L. M. Edwards, & S. C. Marques (Eds.), *Oxford handbook of positive psychology* (3rd ed.). New York: Oxford University Press.
- Marcus, M., Yasamy, M. T., van Ommeren, M. V., Chisholm, D., & Saxena, S. (2012). Depression: A global public health concern.
- Marôco, J. (2010). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, software & aplicações*. ReportNumber, Lda.
- Marsh, H. W., & Shavelson, R. (1985). Self-concept: Its multifaceted, hierarchical structure. *Educational psychologist*, 20(3), 107-123.
- McDonald, R. P. (2013). *Test theory: A unified treatment*. psychology press.
- Mckay, M., & Fanning, P. (1991). *Autoestima: evaluación y mejora*. Barcelona: Martinez roca.
- Moreta-Herrera, R., Lara-Salazar, M., Camacho-Bonilla, P., & Sánchez-Guevera, S. (2019). Análisis factorial, fiabilidad y validez de la escala de autoeficacia general (EAG) en estudiantes ecuatorianos.

- Morrison, J. (2015). *DSM-5® Guía para el diagnóstico clínico*. Editorial El Manual Moderno.
- Muñiz, J., Elosua, P., & Hambleton, R. K. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los tests: segunda edición. *Psicothema*, 25(2), 151-157.
- Muthén, L. K. & Muthén, B. O. (2017). *Mplus User's Guide* (Octava edición). Los Angeles, CA: Muthén & Muthén.
- Nuttin, J., & Lens, W. (1985). *Future Time Perspective and Motivation: theory and research method*. Belgium: Leuven University Press.
- Ortiz, M. Á. C., & del Barrio Gandara, M. V. (2002). Evaluación de la autoeficacia en niños y adolescentes. *Psicothema*, 14(2), 323-332.
- Ortuño, V., Gomes, C., Vásquez, A., Belo, P., Imaginário, S., Paixão, M. P., & Janeiro, I. (2013). Satisfaction with life and college social integration: A Time Perspective multiple regression model. En M. P. Paixão, J. T. da Silva, V. Ortuño & P. Cordeiro (Eds.), *International Studies on Time Perspective* (pp. 101-106). Coimbra: University of Coimbra Press. doi:10.13140/RG.2.1.1602.0008
- Ortuño, V. E., & Vásquez, A. E. (2013). Time perspective and self-esteem: Negative temporality affects the way we judge ourselves. *Annales Universitatis Paedagogicae Cracoviensis. Studia Psychologica*, 6, 109-125.
- Ortuño, V. E., Mailhos, A., & Cabana, A. (in press). Evidence for a multigroup bifactor structure of the Rosenberg Self-Esteem Scale in a Uruguayan sample. *PLOS One*.
- Ortuño, V. E., Van Hoben, M., Paixão, M. P., Janeiro, I., & Cordeiro, P. (in press). *Rethinking subjective time, Construction of the temporal extension inventory of Coimbra (IETC)*
- Ortuño, V. (2020). Aproximaciones a la temporalidad subjetiva: La perspectiva temporal en foco. En V. Ortuño y A. Vásquez-Echeverría (Eds.), *Psicología del Tiempo: Una introducción a la temporalidad en las ciencias del comportamiento* (pp. 79 - 124). Montevideo: Comisión Sectorial de Investigación Científica - CSIC.
- Padilla, J. L., Acosta, B., Guevara, M., Gómez, J., & González, A. (2006). Propiedades psicométricas de la versión española de la escala de autoeficacia general aplicada en México y España. *Revista Mexicana de Psicología*, 23(2), 245-252.
- Pereira, C., Camino, L., & Costa, J. B. D. (2004). Análise fatorial confirmatória do Questionário de Valores Psicossociais-QVP24. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 9, 505-512.
- Rejeski, W. J., Craven, T., Ettinger Jr, W. H., McFarlane, M., & Shumaker, S. (1996). Self-efficacy and pain in disability with osteoarthritis of the knee. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 51(1), P24-P29.

- Rosenberg, M. (1965). *Rosenberg Self-Esteem Scale*. New York: Basic Books.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological monographs: General and applied*, 80(1), 1.
- Ruiz, M. A., Pardo, A., & San Martín, R. (2010). Modelos de ecuaciones estructurales. *Papeles del psicólogo*, 31(1), 34-45.
- Sampieri, R. H., Collado, C. F., Lucio, P. B., Valencia, S. M., & Torres, C. P. M. (2016). *Metodología de la investigación*. México, DF: Mcgraw-hill.
- Sanches, G., Jiménez, F. Y., & Merino, V. (1997). Auto-estima y autoconcepto en adolescentes: Una reflexión para la orientación educativa. *Revista de Psicología de la PUC*, XV, 201-221.
- Scholz, U., Doña, B. G., Sud, S., & Schwarzer, R. (2002). Is general self-efficacy a universal construct? Psychometric findings from 25 countries. *European journal of psychological assessment*, 18(3), 242.
- Schwarzer, R., Bäßler, J., Kwiatek, P., Schröder, K., & Zhang, J. X. (1997). The assessment of optimistic self-beliefs: comparison of the German, Spanish, and Chinese versions of the general self-efficacy scale. *Applied Psychology*, 46(1), 69-88.
- Schwarzer, R., & Jerusalem, M. (1995). Generalized self-efficacy scale. Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs, 1(1), 35-37.
- Sherer, M., Maddux, J. E., Mercadante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R. W. (1982). The self-efficacy scale: construction and validation, *psychological Reports*, 51.
- Skinner, E. A., & Chapman, M. (1984). Control beliefs in an action perspective. *Human Development*, 27, 129-33.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1970). *Stai. Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self Evaluation Questionnaire)*. Palo Alto California: Consulting Psychologist, 22, 1-24.
- Spielberger, C., Gorusch, R. & Lushene, R. (1994). *Cuestionario de ansiedad estado-rasgo*. Publicaciones de Psicología Aplicada. Madrid: TEA Ediciones, S.A.
- Speilberger, C. D., & Vagg, P. R. (1984). Psychometric properties of the STAI: a reply to Ramanaiah, Franzen, and Schill. *Journal of personality assessment*, 48(1), 95-97.
- Suárez, P. S., García, A. M. P., & Moreno, J. B. (2000). Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema*, 12(Su2), 509-513.
- Scholz, U., Doña, B.G., Sud, S. & Schwarzer, R. (2002). Is general self-fficacy a general construct? Psychometric findings of 25 countries. *European Journal of Psychological Assessment*, 18, 242-251.

Timmerman, M. E., & Lorenzo-Seva, U. (2011). Dimensionality Assessment of Ordered Polytomous Items with Parallel Analysis. *Psychological Methods*, 16, 209-220. doi:10.1037/a0023353

Vázquez, C., & Sanz, J. (1997). Fiabilidad y valores normativos de la versión española del inventario para la depresión de Beck de 1978. *Clínica y salud*

Van Widenfelt, B. M., Treffers, P. D., De Beurs, E., Siebelink, B. M., & Koudijs, E. (2005). Translation and cross-cultural adaptation of assessment instruments used in psychological research with children and families. *Clinical child and family psychology review*, 8(2), 135-147.

Viladrich, C., Angulo-Brunet, A., & Doval, E. (2017). A journey around alpha and omega to estimate internal consistency reliability. *Annals of Psychology*, 33(3), 755-782.

Villamarín, F. (1990a). Papel de la autoeficacia en los trastornos de ansiedad y depresión. *Análisis y Modificación de conducta*, 16, 55-79.

Villamarín, F. (1990b). Autoeficacia y conductas relacionadas a la salud. *Revista de Psicología de la Salud*, 2, 45-64.

Zimbardo, P. G., Keough, K. A., & Boyd, J. N. (1997). Present time perspective as a predictor of risky driving. *Personality and Individual Differences*, 23, 1007-1023.

Zimbardo, P. G., & Boyd, J. N. (1999). Putting time in perspective: A valid, reliable individual differences metric. *Journal of Personality and Social Psychology*, 77, 1271-1288.

Zimbardo, P. G., & Boyd, J. N. (2008). *The Time Paradox: Using the New Psychology of Time to Your Advantage*. London: Rider.

Zimmerman, B. J., Kitsantas, A., & Campillo, M. (2005). Evaluación de la autoeficacia regulatoria: una perspectiva social cognitiva. *Revista Evaluar*, 5(1).

Anexo I

Escala de Autoeficacia Generalizada
By Judith Bäßler, Ralf Schwarzer & Matthias Jerusalem, 1993

1	Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga.
2	Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente.
3	Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas.
4	Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados.
5	Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas.
6	Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para manejar situaciones difíciles.
7	Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo.
8	Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario.
9	Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer.
10	Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo.

Anexo II:

Escala de Autoeficacia General de Schwarzer y Jerusalem

Versión uruguaya (Chirullo, Selma y Ortuño, en preparación)

Lea atentamente los siguientes ítems y responda cada uno utilizando la siguiente escala

		Incorrecto	Apenas cierto	Bastante cierto	Cierto
1.	Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga.				
2.	Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente.				
3.	Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta alcanzar mis metas.				
4.	Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados.				
5.	Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas.				
6.	Cuando me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades para manejar situaciones difíciles.				
7.	Por lo general soy capaz de manejar cualquier situación que se me presente.				
8.	Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario.				
9.	Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre una solución.				
10.	Cuando me enfrento a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas para resolverlo.				

Anexo III:

GSES (Atienza, Moreno, & Balaguer, 2000; Rosenberg, 1965)

Indica hasta qué punto estás de acuerdo con las siguientes frases, marcando con una **X** la respuesta con la que te identificas, según la escala que se muestra más abajo. Contesta lo primero que te venga a la mente.

	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo
1. Me siento una persona tan valiosa como las otras.				
2. Generalmente me inclino a pensar que soy un fracaso.				
3. Creo que tengo algunas cualidades positivas.				
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás.				
5. Creo que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a				
6. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a.				
7. En general estoy satisfecho/a conmigo mismo/a.				
8. Me gustaría tener más respeto por mí mismo/a.				
9. Ciertamente, me siento inútil en algunas ocasiones.				
10. A veces pienso que no sirvo para nada.				

Anexo IV:

Inventario de Extensión Temporal de Coimbra – IETC

Ortuño, V. (en preparación)

A continuación son presentadas afirmaciones relacionadas con su futuro y con su pasado. Por favor marque una **X** en la opción que lo describa mejor. Tenga en mente que no existen opciones correctas o incorrectas y le pedimos que sea lo más sincero posible en sus respuestas. En el caso de que ninguna de las respuestas lo describa totalmente, indique la opción más próxima.

		2 meses o menos	6 Meses	1 Año	3 Años	5 Años	10 Años	20 Años o más
1.	Tengo por costumbre pensar en cómo será mi vida de aquí a...							
2.	Con respecto a mi profesión, se dónde quiero estar de aquí a...							
3.	Pienso con frecuencia en qué tipo de relación y con qué tipo de persona estaré en los próximos...							
4.	Habitualmente pienso en el futuro para los próximos...							
5.	Me resulta habitual pensar en cuál será mi trabajo de aquí a...							
6.	Es mi costumbre preparar planes o proyectos para los próximos...							
7.	En general imagino como serán mis relaciones en los próximos...							
8.	Tengo claro en lo que quiero trabajar en los próximos...							
9.	Intento imaginar quienes serán mis amigos en los futuros...							
10.	Pienso con regularidad en asuntos o acontecimientos de los últimos...							
11.	Con cierta frecuencia recuerdo los trabajos que tuve en los últimos...							
12.	Tengo presente en mi pensamiento a las personas con las cuales conviví en los últimos...							
13.	Pienso acerca del pasado de hace...							
14.	Recuerdo con frecuencia las decisiones que tomé en los últimos...							
15.	Recuerdo con frecuencia asuntos que ocurrieron en mi trabajo en los últimos...							
16.	Consigo recordar fácilmente los momentos que viví con otras personas en los últimos...							
17.	Pienso en experiencias de trabajo que tuve hace...							
18.	Recuerdo las relaciones que tuve en los pasados...							

Anexo V:

Cuestionario sociodemográfico:

A continuación, se solicita que complete algunos datos generales sobre usted. Le solicitamos que lea con detenimiento las preguntas y responda según corresponda.

1. Nombre de pila: _____

2. Celular de contacto: _____ Mail: _____

3. Edad:

4. Estado civil: Soltero

Unión libre

Casado

Divorciado

Viudo

5. Máximo nivel de educación alcanzado: Primaria

Secundaria

Terciario en curso

Terciario finalizado

Posgrado

Maestría o doctorado

6. Carrera/s y año/s que cursa: _____

7. Número de personas que viven en el hogar: Una

Dos

Tres a cinco

Cinco o más

8. Ingresos percibidos de su hogar: \$10.000 o menos

Entre \$10.000 y \$20.000

Entre \$20.000 y \$40.000

Entre \$40.000 y \$80.000

Más de \$80.000

9. Usted ha concurrido al psicólogo en el pasado: SI NO

10. Se encuentra usted en tratamiento psicológico: SI NO

11. Usted toma psicofármacos recetados: SI NO

Anexo VI:



Documento de consentimiento informado **Hoja de información**

Introducción

Este formulario de consentimiento informado se dirige a estudiantes universitarios entre 18 y 65 años, invitándoles a participar en la investigación *Adaptación de la Escala de Autoeficacia General a estudiantes universitarios uruguayos*, llevada a cabo por el Ay. Lic. Vicente Chirullo. Esta investigación se realiza en el marco de la Maestría en Psicología Clínica de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República. A continuación, se adjunta información básica sobre la investigación.

No tiene que decidir ahora si quiere participar o no en esta investigación. Antes de decidirse, puede hablar sobre la investigación con alguien con quien se sienta cómodo. Si hay palabras que no entienda, puede interrumpirme en cualquier momento para que pueda explicarle. Si le surgen preguntas más tarde, puede preguntar a través del mail vchirullo@psico.edu.uy o través del teléfono **240085555 int. 306**.

Propósito

El objetivo de esta investigación es adaptar a una población uruguaya universitaria la Escala de Autoeficacia General y estudiar su relación con otras variables psicológicas. Concretamente los instrumentos aplicados indagan las siguientes áreas: datos socio-demográficos generales, autoeficacia general, autoestima, depresión, ansiedad y extensión temporal. Ello posibilitará a los profesionales de la salud mental en el Uruguay contar con instrumentos de evaluación psicológica más precisos y eficaces. En la evaluación psicológica y psiquiátrica resulta indispensable la utilización de instrumentos psicológicos, los que permiten obtener datos objetivos acerca de los rasgos que se necesita explorar. Para poder perfeccionar dichos instrumentos es necesario realizar investigaciones en las que se aplican los mismos a diversos grupos de población.

Selección de participantes

Para esta investigación se necesita aplicar los inventarios seleccionados a estudiantes universitarios de entre 18 y 65 años.

Participación Voluntaria

Su participación en esta investigación es totalmente voluntaria. Usted puede elegir participar o no. También puede cambiar de idea más tarde y dejar de participar.

Procedimientos y Protocolo

En caso de participar, la investigación consistirá en la aplicación de seis instrumentos psicológicos. La duración se estima entre 40 y 60 minutos. Es posible que más adelante nos contactemos con usted para consultarle como se ha sentido durante la administración de los instrumentos.

Efectos secundarios, riesgos y/o molestias

No se han registrado efectos secundarios, riesgos ni molestias físicas o psicológicas, asociadas a la aplicación de las técnicas que se utilizarán en la presente investigación. Sin embargo, teniendo en cuenta los temas evaluados por los inventarios cabe la posibilidad de que usted se sienta incómodo, apenado, nervioso o que experimente algún tipo de malestar. En tal caso puede interrumpir la investigación y llamar la atención del investigador, quién lo asistirá, y lo derivará a los servicios de atención de Facultad de Psicología o del Sistema Nacional Integrado de Salud en caso de estimarse necesario.

Beneficios

Este estudio no traerá beneficios directos para usted.

Confidencialidad

La información recogida en este proyecto de investigación que pueda identificar a los participantes se mantendrá anónima. Esta información será puesta fuera del alcance y nadie sino los investigadores tendrán acceso a ella. Cualquier información acerca de usted tendrá un código en vez de su nombre. Solo los investigadores sabrán cuál es su número y se mantendrá la información protegida bajo llave.

Resultados de la investigación

Al final del estudio, se realizará un informe de investigación y el resultado del estudio será publicado en revistas científicas. Usted no será identificado en ningún caso.

Derecho a negarse o retirarse

No tiene por qué tomar parte en esta investigación si no desea hacerlo. Puede dejar de participar en la investigación en cualquier momento que quiera.

A quién contactar

Si tiene cualquier pregunta puede hacerla ahora o más tarde, incluso después de haberse iniciado el estudio. Puede contactar a cualquiera de las siguientes personas:

Investigador principal:

Ay. Lic. Vicente Chirullo

Email: vchirullo@psico.edu..uy

Tutor de tesis:

Prof. Adj. Dr. Hugo Selma

Email: hselma@psico.edu.uy

Instituto de Psicología Clínica, Facultad de Psicología, Universidad de la República – Tristán Narvaja 1674

Tel: 24008555 int 306

Co tutor de tesis:

Prof. Adj. Dr. Victor Ortuño

Email: vortuno@psico.edu.uy

Instituto de Fundamentos y Métodos en Psicología, Facultad de Psicología, Universidad de la República – Tristán Narvaja 1674

Tel: 24008555 int 340

Esta propuesta ha sido revisada y aprobada por el **Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República**, cuya tarea es asegurarse de que se protege de daños a los participantes en la investigación. Si desea averiguar más sobre este comité, puede contactarlo a través de:
Página web: <http://www.psico.edu.uy/investigacion/comite-de-etica-en-investigacion>
Email: comiteeticainv@psico.edu.uy

Muchas gracias por su colaboración.

A handwritten signature in blue ink, appearing to read 'Vicente Chirullo', with a stylized flourish at the end.

Lic. Ay. Vicente Chirullo
Instituto de Psicología Clínica
Facultad de Psicología
Universidad de la República

Formulario de Consentimiento

He sido invitado a participar en la investigación *Adaptación de la Escala de Autoeficacia General a estudiantes universitarios uruguayos*, llevada a cabo por el Ay. Lic. Vicente Chirullo en el marco de la Maestría en Psicología Clínica de la Facultad de Psicología de la Universidad de la República.

Declaro que:

- La información de la investigación me ha sido proporcionada y/o leída detenidamente, y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre ella, habiéndome contestado satisfactoriamente las dudas pertinentes. Asimismo se me facilitó el nombre de un investigador que puede ser fácilmente contactado usando el nombre y la dirección que se me ha dado de esa persona
- Entiendo que se me aplicarán instrumentos psicológicos que evalúan las siguientes áreas: datos socio-demográficos generales, autoeficacia general, autoestima, depresión, ansiedad y extensión temporal.
- Entiendo que puedo ser contactado más adelante para evaluar cómo me he sentido durante la aplicación de los instrumentos psicológicos.
- He sido informado de que no se han registrado efectos secundarios, riesgos ni molestias físicas o psicológicas asociadas a la participación en este tipo de estudios. Entiendo que debido a los temas evaluados por los inventarios quizá me sienta incómodo, apenado, nervioso o experimente algún tipo de malestar. Sé que en tal caso puedo interrumpir la investigación y llamar la atención del investigador, quién me asistirá, y me derivara a a los servicios de atención de Facultad de Psicología o del Sistema Nacional Integrado de Salud en caso de estimarse necesario.
- Sé que no habrá beneficios directos para mi persona.
- Consiento voluntariamente participar en esta investigación como participante y entiendo que tengo el derecho de retirarme de la investigación en cualquier momento sin que ello me afecte de manera alguna.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Fecha _____

Día/mes/año

Confirmo que el arriba firmante ha dado consentimiento informado y se le ha dado una copia de este documento.

Nombre del investigador _____

Firma _____

Fecha _____

Día/mes/año