



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

**“INFLUENCIA DE LOS NIVELES DE AUTOEFICACIA EN LA
CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES DEL DEPARTAMENTO
PSICOLÓGICO DEL CENTRO DE SALUD N° 2 DE LA CIUDAD DE
AMBATO”.**

Requisito previo para optar por el Título de Psicóloga Clínica

Autora: Sánchez Acosta, Adriana Carolina

Tutor: Psc. Guzmán Hallo, Byron Miguel

Ambato – Ecuador

Junio, 2015

APROBACIÓN DEL TUTOR

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema:

“INFLUENCIA DE LOS NIVELES DE AUTOEFICACIA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES DEL DEPARTAMENTO PSICOLÓGICO DEL CENTRO DE SALUD N° 2 DE LA CIUDAD DE AMBATO” de Adriana Carolina Sánchez Acosta, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Junio del 2015

EL TUTOR

Psc. Guzmán Hallo, Byron Miguel

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación **“INFLUENCIA DE LOS NIVELES DE AUTOEFICACIA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES DEL DEPARTAMENTO PSICOLÓGICO DEL CENTRO DE SALUD N° 2 DE LA CIUDAD DE AMBATO”**, así como también los contenidos, ideas, análisis, síntesis de datos, y resultados son de exclusiva responsabilidad de mi persona, como autora de éste trabajo de grado.

Ambato, Junio del 2015

LA AUTORA

Sánchez Acosta, Adriana Carolina

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de esta tesis o parte de ella un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales, de mi tesis confines de difusión pública; además apruebo la reproducción de esta tesis, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Junio del 2015

LA AUTORA

Sánchez Acosta, Adriana Carolina

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del Tribunal Examinador aprueban el Informe de Investigación, sobre el tema **“INFLUENCIA DE LOS NIVELES DE AUTOEFICACIA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES DEL DEPARTAMENTO PSICOLÓGICO DEL CENTRO DE SALUD N° 2 DE LA CIUDAD DE AMBATO”** de Adriana Carolina Sánchez Acosta, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, Junio del 2015

Para constancia firman:

PRESIDENTE (A)

1° VOCAL

2° VOCAL

DEDICATORIA

Esta tesis se la dedico con todo el amor y cariño a mis padres Jimmy y Martha quienes han sido fuente de apoyo en todo momento de mi vida.

A mi madre quien ha estado a mi lado a cada instante con sus consejos y su ejemplo de lucha ante las adversidades del camino y que juntas hemos podido seguir adelante y superarlas. La mujer quien ha sido la fuente de mi mayor inspiración y seguridad a cada paso que doy.

A mi padre quien forjo en mí sus enseñanzas y valores como la responsabilidad y humildad que han sido parte importante en mi camino para conseguir mis metas.

A mi hermano quien ha sido, con quien he vivido momentos que hemos reído y llorado, siempre juntos en toda ocasión, pues dichas aventuras compartidas, que las guardo en mi corazón.

A mi novio quien me ha brindado todo su amor y apoyo en esta etapa de mi vida,

Adriana Sánchez

AGRADECIMIENTO

Le agradezco a Dios por permitirme llegar a esta etapa de mi vida que me ha brindado tantas alegrías y experiencias, por cuidar de mí a cada instante y guiarme a cada paso que doy, por llenarme de fortaleza y vivir momentos de felicidad.

A la Universidad Técnica de Ambato, por darme la oportunidad de estudiar y ser una profesional.

También quiero agradecer a todos los docentes de la Carrera de Psicología Clínica quienes han compartido sus conocimientos y han aportado en mi formación académica, siendo parte fundamental para mi futuro profesional.

Mi eterna gratitud a todas las personas e instituciones que colaboraron en la realización de esta investigación.

Adriana Sánchez

ÍNDICE GENERAL

Contenidos	Pág.
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO	i
APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR.....	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE GENERAL	viii
ÍNDICE DE TABLAS	xi
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xii
RESUMEN.....	xiii
SUMARY.....	xv
INTRODUCCION	1
CAPÍTULO I.....	2
1.1. TEMA DE INVESTIGACIÓN	2
1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.2.1. CONTEXTUALIZACIÓN	2
1.2.2. ANÁLISIS CRÍTICO	7
1.2.3. PROGNOSIS	9
1.2.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	9
1.2.5. PREGUNTAS DIRECTRICES	9
1.2.6. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	9
1.2.6.1. DELIMITACIÓN DEL CONTENIDO	9
1.2.6.2. DELIMITACIÓN ESPACIAL	9
1.2.7. UNIDADES DE OBSERVACIÓN	10
1.3. JUSTIFICACIÓN	10
1.4. OBJETIVOS	11
1.4.1. OBJETIVO GENERAL.....	11
1.4.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	11
CAPÍTULO II	12
MARCO TEÒRICO.....	12
2.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	12
2.2. FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA.....	18

2.3. FUNDAMENTACIÓN EPISTEMOLÓGICA	18
2.4. FUNDAMENTACIÓN ONTOLÓGICA.....	19
2.5. FUNDAMENTACIÓN AXIOLÓGICA.....	19
2.6. FUNDAMENTACIÓN LEGAL.....	19
2.7. FUNDAMENTACIÓN PSICOLÓGICA	24
2.8. CATEGORÍAS FUNDAMENTALES	25
2.8.1. TEORIA COGNOSCITIVO SOCIAL.....	28
2.8.2. APRENDIZAJE	31
2.8.3. CONDUCTA	38
2.8.4. NIVELES DE AUTOEFICACIA	40
2.9. VARIABLE DEPENDIENTE	46
2.9.1. SALUD MENTAL.....	46
2.9.2. BIENESTAR SOCIAL	48
2.10. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS.....	55
2.10.1.. HIPÓTESIS ALTERNA HI O H1:.....	55
2.10.2. HIPÓTESIS NULA HO:.....	55
3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN	56
3.1. ENFOQUE.....	56
3.2. MODALIDAD BÁSICA DE LA INVESTIGACIÓN.....	56
3.2.1. INVESTIGACIÓN DE CAMPO	56
3.2.2. INVESTIGACIÓN BIBLIOGRÁFICA-DOCUMENTAL	57
3.3. NIVEL O TIPO DE INVESTIGACIÓN	57
3.3.1. INVESTIGACIÓN EXPLORATORIA.....	57
3.3.2. INVESTIGACIÓN DESCRIPTIVA.....	58
3.3.3. DISEÑO TRANSVERSAL	58
3.3.4. INVESTIGACIÓN ASOCIACIÓN DE VARIABLES	58
3.3.5. INVESTIGACIÓN EXPLICATIVA	59
3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	59
3.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	59
3.6. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES.....	61
3.6.2. VARIABLE DEPENDIENTE:	64
3.7. RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	73
3.7.1. TECNICAS E INSTRUMENTOS.....	73
3.8. PLAN DE RECOLECCION DE INFORMACIÓN	76
3.9. PLAN DE PROCESAMIENTO DE INFORMACION.....	77
4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS	79

4.1. ANEXO 1.....	79
ESCALA DE AUTOEFICACIA	79
4.2. ANEXO 2.....	92
CALIDAD DE VIDA	94
CUESTIONARIO DE SALUD SF -36.....	95
4.3. VERIFICACIÓN DE HIPÓTESIS	96
4.3.1. PLANTEAMIENTO DE HIPÓTESIS.....	96
4.3.2. VERIFICACIÓN DE LA HIPÓTESIS PRUEBA DEL CHI CUADRADO	97
5.1. CONCLUSIONES	125
5.2. RECOMENDACIONES.....	125
6.1 DATOS INFORMATIVOS	127
6.2. ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA.....	127
6.3. OBJETIVOS	129
6.4. JUSTIFICACIÓN	129
6.5. ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD	130
6.6. FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA.....	130
6.7.1. MARCO ADMINISTRATIVO	135
6.7.2. RECURSOS MATERIALES.....	135
6.8. CRONOGRAMA.....	136
6.9. PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN	136
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	161
ANEXOS	168

ÍNDICE DE TABLAS

Contenidos	Pág.
Tabla 1 :Operacionalización de la variable independiente	63
Tabla 2: Operacionalización de la variable dependiente.....	72
Tabla 3: Escala de Autoeficacia.....	74
Tabla 4: Escala de Calidad de Vida	75
Tabla 5: Plan de recolección de información.....	77
Tabla 6: Plan de procesamiento de información.....	78
Tabla 7: Niveles de Autoeficacia	79
Tabla 8.....	80
Tabla 9.....	81
Tabla 10.....	82
Tabla 11.....	84
Tabla 12.....	85
Tabla 13.....	86
Tabla 14.....	88
Tabla 15.....	89
Tabla 16.....	90
Tabla 17.....	91
Tabla 18 : Género de participantes.....	93
Tabla 19 :Calidad de vida	94
Tabla 20.....	95
Tabla 21.....	134
Tabla 22 : Recursos materiales	135
Tabla 23: Previsión de la evaluación	136

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Contenidos	Pág.
Gráfico 1 : Árbol de problemas.....	8
Gráfico 2: Categorías Fundamentales	25
Gráfico 3 :Variable independiente	26
Gráfico 4: Variable Dependiente	27
Gráfico 5: Teoría básica Bandura	29
Gráfico 6: Teoría de Piaget	35
Gráfico 7: Niveles de Autoeficacia	79
Gráfico 8.....	81
Gráfico 9.....	82
Gráfico 10.....	83
Gráfico 11.....	84
Gráfico 12.....	85
Gráfico 13.....	87
Gráfico 14.....	88
Gráfico 15.....	89
Gráfico 16.....	90
Gráfico 17.....	92
Gráfico 18 : Género de participantes	93
Gráfico 19 : Calidad de vida	94
Gráfico 20.....	96

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

“INFLUENCIA DE LOS NIVELES DE AUTOEFICACIA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES DEL DEPARTAMENTO PSICOLÓGICO DEL CENTRO DE SALUD N° 2 DE LA CIUDAD DE AMBATO”

Autora: Sánchez Acosta, Adriana Carolina

Tutor: Psc. Guzmán Hallo, Byron Miguel

Fecha: Junio, 2015

RESUMEN

El presente estudio tiene como objetivo principal investigar la influencia de los niveles de autoeficacia en la calidad de vida de los pacientes de consulta externa del Departamento Psicológico del Centro de Salud No. 2 de la ciudad de Ambato en el año 2014. Dicha investigación se realizó durante el período Noviembre 2014 a Enero 2015.

La temática es desarrollada bajo el paradigma Cognitivo Conductual y los datos obtenidos a través de la aplicación de reactivos psicológico correspondiente a cada variable planteado en el tema de investigación la Escala de Autoeficacia Generalizada elaborada por Schwarzer y Jerusalem (1993), con el objetivo de medir los niveles de autoeficacia, además se utilizó el Cuestionario de Salud SF-36 elaborada por Ware y Shebourne y con sus autores en la versión español Alonso , Prieto y Antó (1995) que su objetivo principal es evaluar la calidad de vida y valorar el estado de salud de pacientes de forma individual.

Una vez tabulados los datos obtenidos se llega a la conclusión de que la Autoeficacia no influye con la Calidad de Vida, es decir se acepta la hipótesis nula, sin embargo cabe mencionar que a pesar de no relacionarse de forma global

cada variable mediante un análisis mas exhausto dentro de la calidad de vida se realizo además mediante el chi cuadrado el análisis de autoeficacia con cada una de las dimensiones que mide el cuestionario de la calidad de vida y demostró que si existe una relación con tres de áreas de las ocho que evalúa la calidad de vida por lo tanto la Autoeficacia si influye en la calidad de vida en las dimensiones de “Rol emocional, Salud Mental y Transición de Salud”, con lo que concuerda ya que los reactivos psicológicos fueron aplicados a pacientes del departamento psicológico del Centro de Salud N°2 de la ciudad de Ambato, por lo tanto los resultados se basan en respuestas de personas que acuden a consulta psicológica debido algún padecimiento entorno a factores psicológicos, emocional o afectivos que en ese momento están afectando a su salud y por ende a la calidad de vida.

PALABRAS CLAVES: AUTOEFICACIA, ROL_EMOCIONAL, SALUD_MENTAL, TRANSICIÓN_SALUD.

TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO

HEALTH SCIENCES FACULTY

CLINICAL PSYCHOLOGY CAREER

“INFLUENCE OF THE LEVELS OF SELF EFFICACY ON QUALITY OF LIFE OF PATIENTS OF THE DEPARTMENT PSYCHOLOGICAL HEALTH CENTER 2 CITY AMBATO”

Author: Sánchez Acosta, Adriana Carolina

Tutor: Psi. Cl. Guzmán Hallo, Byron Miguel

Date: June, 2015

SUMMARY

Main objective is to investigate the influence of self-efficacy levels in the quality of life of outpatients Department of Psychological Health Center N°2 in the city of Ambato in 2014. That investigation was conducted during the period November 2014 to January 2015.

The theme is developed under the cognitive behavioral paradigm and data obtained through the application of appropriate psychological reagents to each variable raised in the research topic Scale Generalized Self-Efficacy developed by Schwarzer & Jerusalem (1993), with the aim of measuring levels of self-efficacy, besides the health questionnaire SF-36 developed by Ware JE and Shebourne CD was used, and their authors in the Spanish version Alonso J, Prieto L, JM Antó (1995) that its main objective is to evaluate the quality of life and assess the state of health of patients individually.

Once the data tabulated you come to the conclusion that self-efficacy does not influence the quality of life, ie the null hypothesis is accepted, however it is noteworthy that despite not interact globally each variable by analyzing more exhausted in quality of life was also performed using Chi square analysis of efficacy with each of the dimensions measured by the questionnaire and the quality of life showed that if there is a relationship with three of the eight areas which assesses quality of life therefore Autoeficacia if it influences the quality of life in the dimensions of "Role Emotional, Mental Health and Health Transition", which is consistent and that psychological reagents were applied to patients in the psychological department Center Health No. 2 in the city of Ambato, therefore the results are based on responses of people who come to a psychological consultation due to psychological illness environment, emotional or affective factors at that time are affecting their health and therefore to quality of life.

KEYWORDS: SELF-EFFICACY, EMOTIONAL_ROLE, MENTAL_HEAL, HEALTH_TRANSITION.

INTRODUCCIÓN

El ser humano a lo largo de los años ha estado en busca de una buena calidad de vida, pues dicho concepto es muy amplio basado en varios estudios lo cual se divide en dimensiones que todas en si se enfocan en un equilibrio del bienestar personal y social. Pues uno de los campos en que no se ha explorado en su relación es la Autoeficacia, por lo que a continuación en esta investigación se ha enfocado en buscar la influencia de la autoeficacia hacia la calidad de vida ya que se ha visto que existe un vacío científico en lo que concierne sobre el gran poder que encierra la teoría de la Autoeficacia planteada por el psicólogo Albert Bandura.

Se realizará un estudio que pueda definir si la Autoeficacia mantiene una relación hacia la calidad vida por lo que concierne se buscara en forma global si existe dicha influencia y por otro lado además de aquello se buscará dentro de la calidad de vida que dimensión es la que mas conlleva influencia por lo que cabe recalcar este estudio se lo aplicara en el Departamento Psicológico por lo tanto la investigación arrojará resultados que tengan afinidad con el rol emocional, afectivo, psicológico. Pero sin dejar de lado otras áreas que están dentro de la calidad de vida para que el individuo mantenga un equilibrio en todas las esferas de la vida cotidiana, es de vital importancia descubrir el poder de relación que encierra la autoeficacia.

Por otro lado se enfocará la presente investigación en dar a conocer lo que la teoría de la autoeficacia puede lograr en el ser humano ya que esta se deriva directamente de la teoría cognitiva social, y puede ser adquirida y practicada en cada etapa de vida del individuo. Por lo tanto esta investigación busca dar a conocer a la población de que manera y hasta qué punto puede incidir las altas expectativas de autoeficacia hacia mejorar la calidad de vida de una manera diferente que a través del conocimiento del mismo.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. TEMA DE INVESTIGACIÓN

“INFLUENCIA DE LOS NIVELES DE AUTOEFICACIA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES DEL DEPARTAMENTO PSICOLÓGICO DEL CENTRO DE SALUD N° 2 DE LA CIUDAD DE AMBATO”.

1.2. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2.1. Contextualización

CONTEXTO MACRO

La calidad de vida tiene diversos conceptos, varios autores consideran un análisis de gran relevancia que lo sitúan desde una perspectiva tanto objetiva como subjetiva, la misma que se producen de acuerdo al contexto que se encuentre el individuo, desde el bienestar físico, mental y social.

El impacto que ejerce la calidad de vida en el ser humano es tan importante como para que según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1994) describió la calidad de vida como la “Percepción del individuo de su posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones” (p. 23).

En la actualidad la autoeficacia es un término ya más estudiado a nivel mundial como es un estudio realizado en la Universidad de Huelva en España acerca de la autoeficacia en varias áreas que envuelven al ser humano

Abreu en su estudio, realizado en España, se enfocó en investigar la autoeficacia en personas con infarto agudo de miocardio observo que los niveles de autoeficacia existen si el paciente percibe una remuneración económica en un grupo de 47 personas que componían la muestra, 38 personas estaban retiradas del trabajo y 9 permanecían incorporadas al trabajo con una muestra de personas de 65 años de edad con resultados quienes recibían ingresos anuales inferiores a 9.000 euros al año implica bajos niveles de autoeficacia con 74,63 puntos frente a 84,35 puntos para quienes perciben más de 9.000 euros al año. Además en esta investigación se tomó en cuenta distintos ámbitos importantes que forman parte de la calidad de vida del paciente como es convivir con la pareja, vivir solamente con los hijos o vivir solo (Abreu, 2011).

Por ende en la actualidad se determina que la calidad de vida relacionada con la salud es entendida como la evaluación que realiza cada individuo respecto a la salud y el grado de funcionamiento para realizar las actividades cotidianas, lo cual incluye entre otras, la función física, psicológica, social y la percepción general de la salud, la movilidad y el bienestar emocional; por ello, estudiar la calidad de vida relacionada con la salud constituye actualmente un concepto fundamental para la atención integral del paciente.

Además se estudia la influencia de la autoeficacia en la calidad de vida en la cual se encontró una relación estadísticamente significativa entre autoeficacia y la calidad de vida dando como resultados que la autoeficacia aumenta la calidad de vida mejorándola en todos los ámbitos. Encontraron que un 47% de variabilidad de calidad de vida era atribuible a la autoeficacia, además el estudio se centró en diversas áreas pero se observó que ejercía una gran influencia en concreto sobre la calidad de vida y las áreas de proyectos de futuro y sobre relaciones sociales (Abreu, 2011).

Esta investigación representa un gran aporte para continuar con estudios futuros referentes a esta teoría, este estudio realizado en España desde la Universidad de Huelva presenta este estudio con la descripción y análisis de influencia de la

autoeficacia relacionadas en las esferas más connotativas del ser humano dando puntajes de los resultados de la escala de autoeficacia generalizada.

Otro estudio realizado en Europa región con mayor número de publicaciones de investigaciones que se realiza para la revisión de estudios originales acerca de la calidad de vida en los que se aplicó el instrumento The World Health Organization Quality Of Life Assessment (WHOQOL-BREF) y dio como resultado el (29,9 %) en total y la que presentó mayor diversidad de acuerdo al país (los estudios de esta región se realizaron en 27 países), fue mayor en Turquía (33) y Reino Unido (24), seguido de Alemania (12), Italia (11), Portugal (9), Polonia y Noruega con 8 publicaciones respectivamente (Cardona & Higuera, 2014).

Los niveles de autoeficacia son tan importantes como nuestro bienestar para poder desarrollar nuestras formas de sucumbir ante estresores de la vida cotidiana y relacionar con nuestro estilo de vida a fin de mejorar la calidad de la misma.

CONTEXTO MESO

Diversos estudios a nivel de Latinoamérica han realizado varias investigaciones según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1995) han planteado crear y estandarizar un instrumento que sea enfocado hacia la calidad de vida de los habitantes a nivel de América.

La población estudiada según la Organización The World Health Organization Quality Of Life Assessment (WHOQOL, 1995) realizó un estudio multiétnico con 11.830 sujetos con 28 alteraciones físicas y mentales diferentes. El estudio concluye que el instrumento puede ser aplicado en una amplia gama de entidades clínicas debido a que es una medida genérica que presenta fortalezas metodológicas y buenas propiedades psicométricas en relación con la consistencia interna, validez discriminante y validez de constructo.

Según el estudio planteado el carácter multicultural del instrumento facilita su aplicación en una gran diversidad de países distribuidos en seis regiones diferentes. En este sentido, destaca Brasil como el país con más publicaciones y llama la atención la región de África por el bajo número de publicaciones en el tema. Este hallazgo podría explicarse porque la constitución de Brasil declaró que la salud es un derecho de todos los ciudadanos y un deber del Estado. Esta perspectiva ha llevado a que el sistema de salud trascienda las acciones centradas en las enfermedades y aborde aspectos que tienen repercusión en la calidad de vida de los individuos. Aunado a lo anterior, Brasil es el país latinoamericano con mayor inversión en investigación (70 %), el único que supera la inversión del 1 % de su PIB, uno de los países con mayor participación del sector privado en financiación y tiene la mitad de los investigadores de toda América Latina y el Caribe (WHOQOL, 1995).

Tomando en cuenta este estudio representativo a nivel latinoamericano es favorable los estudios realizados acerca de la calidad de vida siendo prioridad para estos países la integridad y bienestar del mismo tomándolo como eje fundamental la salud como política de estado servirá como ejemplo y guía para países latinoamericanos para futuros estudios e investigaciones.

Según Reyes y Hernández (2011) manifiestan lo siguiente que un estudio realizado en producto de un seminario del programa de doctorado en Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México como objetivo principal es estudiar la relación existente entre bienestar subjetivo y autoeficacia, vinculados con temas de la salud y detectar aquellos problemas que no han sido explorados desde la perspectiva de la Psicología Positiva. La muestra total fue de 14 artículos de investigación empíricos que en su título, resumen y/o palabras clave tuvieran alguna de las combinaciones de las palabras clave seleccionadas, publicados en el periodo del 2000 al 2011. En Latinoamérica en un lapso de casi 12 años (2000-2011) sólo se hayan producido 104 artículos relacionados con el bienestar y la salud, mientras que a nivel mundial la producción haya sido de 187 000 artículos. Aunado a lo anterior, el porcentaje de estudios empíricos publicados en América

Latina fue muy bajo, de tan sólo de 16.34%, lo cual deja al descubierto el pobre acervo con el que contamos y la oportunidad que como investigadores se tiene para explotar esta área.

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

En otro estudio realizado en la región de América, la frecuencia de publicaciones fue alta aunque el 87,7 % están concentradas en Brasil, siendo este país el que presenta mayor número de investigaciones sobre calidad de vida en el mundo (Cardona & Higueta, 2014).

CONTEXTO MICRO

A nivel nacional estudios acerca de la calidad de vida son más extensos ya que se han determinado diferentes áreas para definir la calidad de vida del ecuatoriano según el diario El telégrafo (2013) en el artículo “La calidad de vida y la clase media de Ecuador rompen todos los récords” (p.12), menciona que los expertos destacan que en los últimos cinco años la situación monetaria de los ciudadanos aumentó notablemente. De acuerdo a la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL, 2013) en el presente año Ecuador registra un crecimiento global de 3,8% y por habitante, de 2,1%, esto significa crecer en una mejor manera de vivir, de vestirse, de educación, de vivienda, de salud.

Estudios encontrados que se han realizado a nivel de la provincia de Tungurahua acerca de la calidad de vida de los ciudadanos demuestran según (Reed, 2004) presidenta de Observatorio Social del Ecuador indicó que hay una percepción baja de calidad de vida en Ambato, porque 55% de los encuestados está insatisfecho con esta situación, debido a que el 85 % considera que en la ciudad existe más violencia que antes.

Además cabe recalcar que en nuestro país no se han realizado investigaciones profundas acerca de la Autoeficacia planteada por Bandura, aún sigue siendo en parte una teoría no muy reconocida en la sociedad y por ende sin darle la importancia adecuada para investigaciones útiles dentro de las fortalezas del individuo para que así sea tomada en cuenta y reflejarla en una buena calidad de vida que es de lo que se trata la presente investigación.

1.2.2. ANÁLISIS CRÍTICO

Analizando el problema en un contexto emocional del individuo, siendo la baja autoestima un factor que influye con prioridad en la calidad de vida del individuo ya que se reflejara en el individuo con sentimientos de inseguridad y frustración en el desarrollo de sus esferas de cada individuo.

Además los limitados ajustes adaptativos del individuo se refiere a la incapacidad que tendrá el mismo en adaptarse a nuevos entornos siendo una causa que producen los bajos niveles de autoeficacia y repercutirá en el deterioro de relaciones interpersonales de los pacientes de la consulta externa del departamento Psicológico del Centro de salud N° 2 además relacionándose con un deterioro en la calidad de vida.

Una de la causa más frecuente que origina el problema planteado es una inadecuada educación emocional que provoca que estos pacientes sean afectados en todas las áreas afectivas principalmente una inestabilidad emocional provocándole un daño clínicamente significativo.

Según los presuntos factores ya expuestos serian las posibles causas de una deteriorada calidad de vida que desarrollarían los pacientes con bajos niveles de autoeficacia, siendo la calidad de vida desde sus inicios un término relacionado principalmente con el bienestar psicológico del ser humano es necesario analizar sus causas y efectos que estos provoquen dentro del contexto de nuestra sociedad.

ÁRBOL DE PROBLEMAS

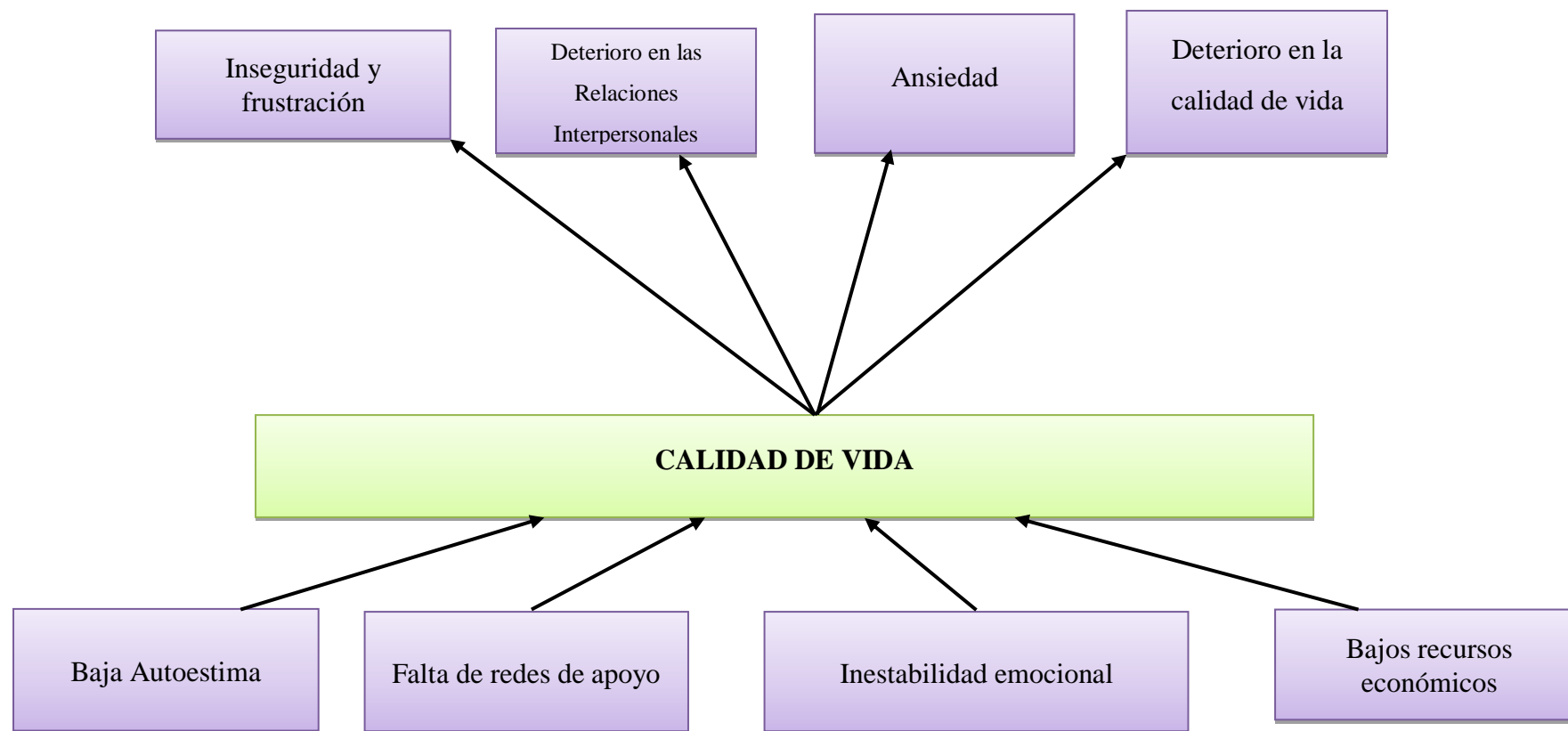


Gráfico 1 : Árbol de problemas

Elaborado por: Sánchez A, 2015

1.2.3. PROGNÓISIS

En caso de no estudiar a fondo dicho problema se desconocería las principales causas que deterioran la calidad de vida de los pacientes del centro de salud N°2 de la ciudad de Ambato y por ende no podrían desarrollar adecuadamente su autoeficacia debido al desconocimiento de dicha característica propia de cada paciente sin desarrollarla adecuadamente pues esto afectaría principalmente en la calidad de vida y por ende prevalecería en el desarrollo personal del mismo.

1.2.4. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿De qué forma influyen los niveles de autoeficacia en la calidad de vida de los pacientes de Consulta Externa del Departamento Psicológico del Centro de Salud N°. 2 de la ciudad de Ambato en el año 2014?

1.2.5. PREGUNTAS DIRECTRICES

- ¿Cuáles son los niveles de autoeficacia en los pacientes de la consulta externa del departamento Psicológico del Centro de salud N° 2?
- ¿Qué calidad de vida tienen los pacientes del Centro de Salud N°2?
- ¿Cuáles son las alternativas de solución al problema planteado?

1.2.6. DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.2.6.1. Delimitación del Contenido

- Campo: Psicología Clínica
- Área: Teoría Cognoscitiva Social

1.2.6.2. Delimitación Espacial

- Centro de Salud N° 2 de la ciudad de Ambato

1.2.6.3. Delimitación Temporal

- El periodo en el que se realizó la investigación corresponde a Octubre 2014 – Marzo 2015.

1.2.7. UNIDADES DE OBSERVACIÓN

Pacientes de consulta externa del departamento psicológico del Centro de Salud N° 2 de la ciudad de Ambato, 80 pacientes.

1.3. JUSTIFICACIÓN

En esta investigación se pretende determinar cómo influyen los niveles de autoeficacia en la calidad de vida de los pacientes de consulta externa del centro de salud N° 2 de la ciudad de Ambato para de esta manera contribuir a mejorar la calidad de vida y elevar los niveles de autoeficacia de los pacientes además con los resultados de esta investigación será factible brindar la planificación oportuna de tratamientos psicológicos bien estructurados y enfocados a las necesidades del paciente para un satisfactorio desarrollo de actividades cotidianas del paciente.

El interés por la presente investigación es basado a mi experiencia personal en las practicas pre- profesionales ya que en el campo de acción es donde en realidad se puede observar la afectación de la calidad de vida de los pacientes debido a diferentes factores, tomando en cuenta que en el consultorio psicológico se brinda la atención adecuada y oportuna muchas veces los pacientes no reflejaban resultados como a diferencia de otros muestran una mejoría pronta y avanzan mucho mas que otros pacientes en el tratamiento, esto es lo que impulso a investigar acerca de la autoeficacia que junto con la autoestima son los precursores principales para contribuir al bienestar y a mejorar la calidad de vida del paciente.

Además debido a la afectación que sufren los pacientes del departamento Psicológico del Centro de Salud N° 2 en los niveles de autoeficacia lo que causa en ellos un deterioro en su calidad de vida, la presente investigación pretende llegar al fondo de este problema y presentar posibles soluciones con el fin de

solucionarlo, es por tanto que se justifica plenamente este trabajo, además que se cuenta con todos los recursos necesarios para llevarlo a cabo.

La población beneficiada directa serán los pacientes del departamento psicológico del centro de salud N° 2 de la ciudad de Ambato con lo que se pretende contribuir a la mejora de la calidad de vida mediante una característica esencial que es la autoeficacia contribuyendo directamente al bienestar físico del individuo además se relacionará también a la mejora de calidad de vida de sus familiares que serian los beneficiarios indirectos de la investigación planteada.

La realización de la investigación planteada es viable, ya que se cuenta con el apoyo, autorización correspondiente de la institución, la colaboración de los pacientes, además cuenta con la factibilidad tecnológica, sociocultural y económica lo que permitirán que el desarrollo de la misma pueda utilizarse para futuros trabajos relacionados con la temática planteada y para la sociedad en general.

1.4. OBJETIVOS

1.4.1. Objetivo General

Investigar la influencia de los niveles de autoeficacia en la calidad de vida de los pacientes de consulta externa del Departamento Psicológico del Centro de Salud N° 2 de la ciudad de Ambato.

1.4.2. Objetivos específicos

- Identificar cuáles son los niveles de autoeficacia que presentan los pacientes de la consulta externa del departamento Psicológico del Centro de salud N° 2.
- Determinar qué calidad de vida tienen los pacientes de la consulta externa del departamento Psicológico del Centro de Salud N° 2.
- Proponer una solución al problema del departamento Psicológico del Centro de salud N° 2.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Después de una minuciosa investigación bibliográfica dentro de la Universidad Técnica de Ambato facultad de Ciencias de la Salud carrera de Psicología Clínica no se encontró tesis de igual o similar tema al de la presente investigación por tanto se realizó la indagación a nivel global y especialmente a nivel nacional y se ha destacado algunas investigaciones con el tema planteado que pueden servir de sustento a la presente.

Perales, García y Reyes (2012) hablan acerca de predictores psicosociales de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis siendo el objetivo de la investigación es valorar la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) de los pacientes con insuficiencia renal crónica sometidos a tratamiento sustitutivo de diálisis, así como evaluar la capacidad predictiva de algunas variables psicosociales (apoyo social, autoeficacia, optimismo disposicional, depresión, ansiedad y estrategias de afrontamiento) sobre los niveles de CVRS. Se evaluó la CVRS de 39 pacientes en hemodiálisis mediante el instrumento SF-36. La capacidad predictiva de las variables evaluadas se analizó mediante correlaciones variadas y análisis de regresión múltiple. Y los resultados reflejaron lo siguiente los pacientes mostraron niveles de CVRS inferiores a los valores normativos del instrumento. La depresión es el principal predictor de la CVRS, asociándose negativamente a todas sus dimensiones. El grado de preocupación, así como las estrategias de afrontamiento pasivo del estrés como la indefensión-desesperanza y el fatalismo, también se asocian a menores niveles de CVRS. Por el contrario, la autoeficacia, el optimismo, el apoyo social y el espíritu de lucha se asociaron a mayores niveles de CVRS. En conclusión estos resultados tienen unas claras implicaciones clínicas respecto a los aspectos a los que debe orientarse la intervención psicológica destinada a la mejora de la CVRS en los enfermos renales.

Otra de las investigaciones destacadas de Carpi, González, Zurriaga, Marzo y Buunk (2010), hablan acerca de autoeficacia y percepción de control en la prevención de la enfermedad cardiovascular mencionan desde la teoría de acción planeada (TAP), el objetivo de este trabajo es analizar si la autoeficacia y la percepción de control presentan diferencias predictivas sobre la intención y las conductas preventivas de la enfermedad cardiovascular. La muestra estuvo integrada por 359 sujetos de ambos sexos de los cuales el 53% eran mujeres y el 47% hombres, cuya media de edad era de 41 años, con una desviación típica de 13,42 lo cual indica que la mayor proporción de la muestra recogida se halla en el intervalo de edad en el que empieza a considerarse mayor el riesgo de sufrir algún tipo de enfermedad cardiovascular (Maiques, Brotons & Villar, 1996; Sanz-Romero, 1996). De ellos el 65,9% estaban casados, un 38,2% tenían estudios universitarios, el 27,4% estudios medios y también el 27,4% tenía estudios primarios. Los resultados muestran que la autoeficacia influye positiva y significativamente sobre la intención y sobre la conducta, mientras que la percepción de control influye negativa y significativamente sobre la intención de conducta, pero no sobre la conducta preventiva. Este trabajo ha mostrado la conveniencia de distinguir entre autoeficacia y percepción de control en la TAP en la prevención de conductas de salud cardiovascular.

Avendaño y Barra (2008) hablan acerca de autoeficacia, apoyo social y calidad de vida en adolescentes con enfermedades y manifiestan que este estudio tuvo como objetivo examinar la relación existente entre la calidad de vida reportada por pacientes adolescentes con enfermedades crónicas y dos variables consideradas relevantes para el bienestar y la salud, la autoeficacia y el apoyo social percibido. Los participantes fueron 75 adolescentes de ambos sexos, entre 12 y 18 años, con diagnóstico de diabetes, fibrosis quística e insuficiencia renal, pacientes del Hospital Regional de Concepción. Los instrumentos utilizados fueron el Cuestionario de Calidad de Vida KIDSCREEN-27, la Escala de Autoeficacia Generalizada y el Cuestionario de Apoyo Social Percibido. Los resultados obtenidos en el presente estudio con adolescentes portadores de una enfermedad

crónica muestran que la calidad de vida presenta una relación positiva muy significativa con la autoeficacia y una asociación positiva mucho menor con el apoyo social percibido, siendo esta última relación sólo algo mayor a la asociación negativa entre calidad de vida y edad. De acuerdo al análisis de regresión realizado, el nivel de autoeficacia de estos adolescentes puede ser considerado como un predictor significativo del nivel de calidad de vida informada, en cambio el nivel de apoyo social percibido parece no tener una influencia importante en la calidad de vida reportada.

El hecho de que la autoeficacia muestre tener una influencia significativa en la calidad de vida de este grupo de adolescentes con enfermedades crónicas es consistente con evidencias en adultos que muestran que la autoeficacia sería un factor crucial para la percepción de estado de salud, la calidad de vida general y la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes con enfermedades crónicas (Kohler, Fish & Greene, 2002; Kuijer & De Ridder, 2003; Wahl, Rustoen, Hanestad, Gjengedal & Moum, 2005). Así por ejemplo, en un estudio con pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, Kohler y otros encontraron que la autoeficacia mediaba la relación entre la función pulmonar y la calidad de vida. Por su parte, en un estudio con pacientes portadores de fibrosis quística en el cual se utilizó el mismo instrumento de autoeficacia generalizada empleado en la presente investigación, por ende encontraron que la autoeficacia tenía una influencia directa tanto en el impacto percibido de la enfermedad (estado de salud) como en la calidad de vida global (Wahl, et al, 2005).

La influencia que tiene la autoeficacia sobre la calidad de vida de los adolescentes con enfermedades crónicas, se puede explicar por el hecho que un mayor nivel de autoeficacia producirá una mayor vulnerabilidad o resistencia al estrés, una mayor capacidad de adaptación a las demandas que implican las transiciones evolutivas y también una mayor capacidad de ajuste a la experiencia de vivir con una condición de enfermedad crónica. Esta explicación estaría apoyada por diversos estudios que plantean que la auto-eficacia favorece la calidad de vida, el bienestar emocional y el afrontar la adversidad en un amplio rango de situaciones estresoras

y demandantes, como es el caso de vivir con una enfermedad crónica (Bandura et al., 1999; Caprara, Steca, Gerbino, Paciello & Vecchio, 2006; Grey et al., 1998; Luszczynska, Gutiérrez. & Schwarzer, 2005).

En conclusión se encontró que la autoeficacia tenía una influencia muy significativa en el nivel de calidad de vida, explicando un tercio de la varianza, mientras que el apoyo social percibido mostró tener muy poca influencia sobre la calidad de vida informada por los adolescentes. En cuanto a la variable género, la única diferencia significativa fue que los hombres informaron un mayor nivel de bienestar físico que las mujeres. Se discuten los resultados obtenidos a la luz de diversos factores explicativos.

Díaz (2008) con el tema autoestima y autoeficacia durante el proceso de Jubilación en los Hombres, enfatizando el trabajo que se orienta al estudio de dos variables comprometidas y afectadas durante el proceso de jubilación en los hombres, éstas variables son, la autoestima y la percepción de autoeficacia. Los principales objetivos que guían mi trabajo son: observar como se ven afectadas dichas variables durante el proceso de jubilación; ver en que grado las autoevaluaciones que realiza el adulto mayor en esta etapa afectan su autoestima; diferenciar en que parte del proceso de jubilación se percibe mayor desajuste de las variables mencionadas; establecer tipos de relaciones entre autoestima y autoeficacia; y proponer medidas de acción preventivas y correctivas. En el trabajo de campo, el referente empírico lo constituye una muestra de 32 personas, de sexo masculino, en el rango de 55 a 75 años, autoválido y no institucionalizada, residente en el Gran Mendoza. La muestra es intencional no probabilística, por lo tanto, las conclusiones no pueden ser generalizadas a otras personas, son válidas únicamente para describir a los sujetos que participaron en esta investigación. Como instrumentos de medición se utilizó, la entrevista, la escala de autoestima de Morris Rosenberg y la escala de Autoeficacia Generalizada de Babler, Schwarzer y Jerusalem a partir de los resultados obtenidos en el trabajo de campo, se concluye que, a medida que el proceso de jubilación avanza, se observa una disminución de la percepción de autoeficacia y de la autoestima, lo cual denota una correlación entre éstas dos variables. Durante el proceso de jubilación, la

percepción de eficacia personal, que es una de las condiciones básicas para una sana autoestima, se puede ver perjudicada por dos fuentes de conocimiento de la propia eficacia, éstas son: las experiencias de dominio y las provenientes de los estados fisiológicos. Los sujetos, a través del trabajo productivo, alcanzan una sensación de control sobre sus vidas, que es fundamental para el sentido de eficacia que tenga una persona. Por lo tanto, el cese laboral o productivo, puede introducir al sujeto a un momento de desequilibrio, donde las reevaluaciones, que exige esta nueva etapa, se ven teñidas negativamente por la situación y por las capacidades físicas que han disminuido por el avance de la edad. La disminución de los ingresos, el alejamiento de los ambientes sociales en que funcionaban, la pérdida de los roles ocupacionales, los prejuicios de nuestra cultura (entre otros factores), hacen que la etapa de jubilación sea la de mayor desajuste para el sujeto dentro del proceso. El hombre puede atravesar una fase de desencanto después de la jubilación. Como continuación de estas vivencias, los sujetos generalmente pasan por una etapa de reorientación. En ésta última etapa del proceso, se observa un incremento de las variables autoeficacia y autoestima. Las personas desarrollan un nuevo estado de equilibrio, afirman nuevamente la confianza en uno mismo, fortalecen las auto creencias de dominio, aumentando así su bienestar personal.

Andrade (2013), con el tema factores que asocian en el desarrollo de la autoeficacia de los profesores principiantes destaca que la indagación que se realizó, permite conocer cuáles son los factores primordiales que se asocian en el desarrollo de la autoeficacia de los profesores principiantes a la hora de enseñar. El método de investigación utilizado es la revisión de literatura. Esta investigación toma como eje primordial el desarrollo de la autoeficacia como concepto y a la autoeficacia docente, para entender cuales son las principales características que se involucran en el desarrollo de una adecuada autoeficacia. En los temas investigados se toman en cuenta parámetros fundamentales, que son las cuatro fuentes de autoeficacia: experiencia de dominio, experiencia vicaria, persuasión verbal y estados psicológicos y emocionales, las cuales permiten conocer cómo se desarrolla la autoeficacia en los profesores principiantes. Como conclusión, se pudo observar con la indagación realizada, que existen diferentes factores, que

hacen que los profesores principiantes desarrollen una determinada autoeficacia que les permite desenvolverse en el ambiente de clase. Existe un factor muy importante que abarca los diferentes temas que se han investigado para conocer cuáles son los factores más importantes que se asocian con la autoeficacia de las profesoras principiantes. Este factor es las fuentes de eficacia “las creencias de autoeficacia están divididas en cuatro principales fuentes de información, estas son experiencias de dominio, experiencias vicarias, persuasión verbal y estados psicológicos y afectivos” (Bandura, 1997, p.79).

Mediante estos cuatro pilares se ha podido observar como factores como el estrés, las emociones, el acompañamiento al principiante se relacionan con los pilares de las fuentes de autoeficacia, las cuales nos enseñan la base que hay que tomar en cuenta para que las profesoras principiantes desarrollen una adecuada autoeficacia. El primer factor que podemos relacionar es cuando se habla de la experiencia vicaria, en donde se toma en cuenta la importancia del modelamiento. El profesor principiante hace más hincapié “es en la evaluación de las creencias acerca de su capacidad de enseñanza en un contexto particular, en donde los maestros hacen dos juicios relacionados con: la exigencia de una tarea docente anticipada y una evaluación de su competencia docente personal con los requisitos que se le pidan” (Tschannen-Moran, & Hoy, 2007, p.4).

2.2. FUNDAMENTACIÓN FILOSÓFICA

El prototipo de la presente investigación es crítico - propositivo como una alternativa para el estudio de esta problemática social psicológica que se enfoca en esquemas psicológicos que es basada principalmente en la construcción del conocimiento con el objetivo de llegar a la clarificación del tema planteado y buscar diferentes soluciones alternativas a la investigación.

Es crítico ya que cuestiona la vulnerabilidad y la influencia de los niveles de autoeficacia siendo producto de una formación individualizada de cada paciente, lo que nos ayudara a poder comprender de las razones que esto se ve reflejado en la calidad de vida del mismo por ende sería necesario elaborar hipótesis que estén sujetas a comprobación por esta razón la investigación es abierta y flexible dando un énfasis propio al análisis cualitativo del mismo.

Es propositivo porque se ha elaborado una propuesta de solución a la problemática planteada, que tenga como objetivo mejorar la calidad de vida del paciente y construir un completo ambiente de bienestar.

2.3. FUNDAMENTACIÓN EPISTEMOLÓGICA

El presente estudio se centra en metodología de la investigación de acuerdo a una estructura lógica, aplicando disciplinas de conocimiento y sus relaciones, así como también al estado actual de evolución científica del conocimiento de dichas disciplinas.

Por ende se basa en el conocimiento científico ya que al adquirir información se necesita investigar a fondo con el objetivo de obtener un estudio científico propiamente dicho, con bases fundamentadas y orientadas a mejor comprensión del mismo ya que esta investigación será de base para la sociedad.

2.4. FUNDAMENTACIÓN ONTOLÓGICA

Esta investigación se centra en el ser humano al ser considerado como un individuo biopsicosocial que está en constante relación con su entorno, es lo que facilita establecer nexos sociales que permiten involucrarse dentro de los medios en los cuales el individuo se encuentra motivado para alcanzar sus objetivos. Por esta razón es que se busca el trabajo del paciente y terapeuta para mejorar la calidad de vida del individuo y de su entorno.

2.5. FUNDAMENTACIÓN AXIOLÓGICA

El desarrollo integral del ser humano se logrará mediante la implementación de modelos cognitivos más saludables que permitan el desarrollo y trascendencia de los mismos en diferentes áreas de su vida. Pero mas allá de esto es necesario fomentar la práctica de valores para así poder promover una sociedad justa y equilibrada donde nuestra sociedad se base en ser solidarios, comprensivo con el prójimo y con el firme propósito de buscar el bienestar personal mejorando todas las esferas que son parte de una calidad de vida.

2.6. FUNDAMENTACIÓN LEGAL

El presente trabajo de investigación se sustenta en la declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH, 1993), el cual es un documento declarativo adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas:

Artículo 25.

1. Toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar, y en especial la alimentación, el vestido, la vivienda, la asistencia médica y los servicios sociales necesarios; tiene asimismo derecho a los seguros en caso de desempleo, enfermedad, invalidez, viudez, vejez y otros casos de pérdida de sus medios de subsistencia por circunstancias independientes de su voluntad.

2. La maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales. Todos los niños, nacidos de matrimonio o fuera de matrimonio, tienen derecho a igual protección social.

PLAN NACIONAL PARA EL BUEN VIVIR

2013 - 2017

Dentro del Plan Nacional de Buen Vivir se considera parte principal mejorar la calidad de vida de los ciudadanos. Por este motivo es elemental mencionar lo siguiente:

Secretaría Nacional de Planificación y Desarrollo. (Senplades 2014):

Sexto objetivo Nacional para el Buen Vivir

El régimen de desarrollo y el sistema económico social y solidario, de acuerdo con la Constitución del Ecuador, tienen como fin alcanzar el Buen Vivir; la planificación es el medio para alcanzar este fin. Uno de los Deberes del Estado es “planificar el desarrollo nacional, erradicar la pobreza, promover el desarrollo sustentable y la redistribución equitativa de los recursos y la riqueza, para acceder al Buen Vivir“

- Mejorar la Calidad de Vida de la población

Mejorar la calidad de vida de la población es un reto amplio que demanda la consolidación de los logros alcanzados en los últimos seis años y medio, mediante el fortalecimiento de políticas intersectoriales y la consolidación del Sistema Nacional de Inclusión y Equidad Social.

La vida digna requiere acceso universal y permanente a bienes superiores, así como la promoción del ambiente adecuado para alcanzar las metas personales y colectivas. La calidad de vida empieza por el ejercicio pleno de los derechos del Buen Vivir: agua, alimentación, salud, educación y vivienda, como prerrequisito para lograr las condiciones y el fortalecimiento de capacidades y potencialidades individuales y sociales.

Además esta investigación tiene como base legal la fundamentación de artículos legales que corresponden a la Constitución del Ecuador del (2008) con vigencia actual que hablan acerca de la salud y la calidad de vida.

CONSTITUCIÓN DEL ECUADOR

Título II

Capítulo Segundo: DERECHOS DEL BUEN VIVIR

Sección primera: Agua y alimentación

Art. 12

El derecho humano al agua es fundamental e irrenunciable. El agua constituye patrimonio nacional estratégico de uso público, inalienable, imprescriptible, inembargable y esencial para la vida.

Sección Segunda: Ambiente Sano

Art. 14

Se reconoce el derecho de la población a vivir en un ambiente sano y ecológicamente equilibrado, que garantice la sostenibilidad y el buen vivir, *sumak kawsay*.

Sección sexta: Hábitat y vivienda

Art. 30

Las personas tienen derecho a un hábitat seguro y saludable, y a una vivienda adecuada y digna, con independencia de su situación social y económica.

Art. 31

Las personas tienen derecho al disfrute pleno de la ciudad y de sus espacios públicos, bajo los principios de sustentabilidad, justicia social, respeto a las

diferentes culturas urbanas y equilibrio entre lo urbano y lo rural. El ejercicio el derecho a la ciudad se basa en la gestión democrática de ésta, en la función social y ambiental de la propiedad y de la ciudad, y en el ejercicio pleno de la ciudadanía.

Sección Séptima: Salud

Art. 32

La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir. El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional.

Capítulo sexto: DERECHOS DE LIBERTAD

Art. 66

Establece “el derecho a una vida digna, que asegure la salud, alimentación y nutrición, agua potable, vivienda, saneamiento ambiental, educación, trabajo, empleo, descanso y ocio, cultura física, vestido, seguridad social y otros servicios sociales necesarios”. Por ello, mejorar la calidad de vida de la población es un proceso multidimensional y complejo.

TÍTULO VII

RÉGIMEN DEL BUEN VIVIR

Capítulo primero: Inclusión y equidad

Sección segunda: Salud

Art. 358

El sistema nacional de salud tendrá por finalidad el desarrollo, protección y recuperación de las capacidades y potencialidades para una vida saludable e integral, tanto individual como colectiva, y reconocerá la diversidad social y cultural. El sistema se guiará por los principios generales del sistema nacional de inclusión y equidad social, y por los de bioética, suficiencia e interculturalidad, con enfoque de género y generacional.

Art. 359

El sistema nacional de salud comprenderá las instituciones, programas, políticas, recursos, acciones y actores en salud; abarcará todas las dimensiones del derecho a la salud; garantizará la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en todos los niveles; y propiciará la participación ciudadana y el control social.

Art. 360

El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con las medicinas ancestrales y alternativas. La red pública integral de salud será parte del sistema nacional de salud y estará conformada por el conjunto articulado de establecimientos estatales, de la seguridad social y con otros proveedores que pertenecen al Estado, con vínculos jurídicos, operativos y de complementariedad.

2.7. FUNDAMENTACIÓN PSICOLÓGICA

La psicología permite el conocimiento y reconocimiento de áreas que para muchos tienen una relevancia menor por ser subjetivas, pero aunque no sean tangibles ni observables, constituyen una parte importante del ser humano.

La corriente psicológica cognitivo conductual es la encargada de estudiar el comportamiento, las emociones y como se interrelacionan con la cognición, por ende es de vital importancia tener en cuenta que el paciente genera pensamientos y emociones erróneas lo que produce una reacción inequívoca a la hora de afrontar las dificultades cotidianas.

Por esto la terapia cognitivo conductual es la base para el tratamiento de los pacientes que tengan bajos niveles de autoeficacia debido a las propias creencias de cada uno son erróneas, y se trabajara directamente con estas creencias irracionales por esta razón se basa esta investigación en este lineamiento cognitivo – conductual.

Siendo fundamental mencionar que el actual tema de investigación se basa en la teoría de la Autoeficacia que ha sido creada y realizada varios estudios de investigación por Alberth Bandura (1987) uno de ellos es Pensamiento y acción, con lineamientos psicológicos netamente cognitivo conductual.

Inicialmente lo que menciona Bandura el individuo tiende a cultivar su autoeficacia en aquellas actividades que le brindan la sensación de autovalía, por lo que puede decirse que tanto la autoestima como la autoeficacia realizan una contribución independiente a la calidad de vida del hombre.

2.8. CATEGORÍAS FUNDAMENTALES

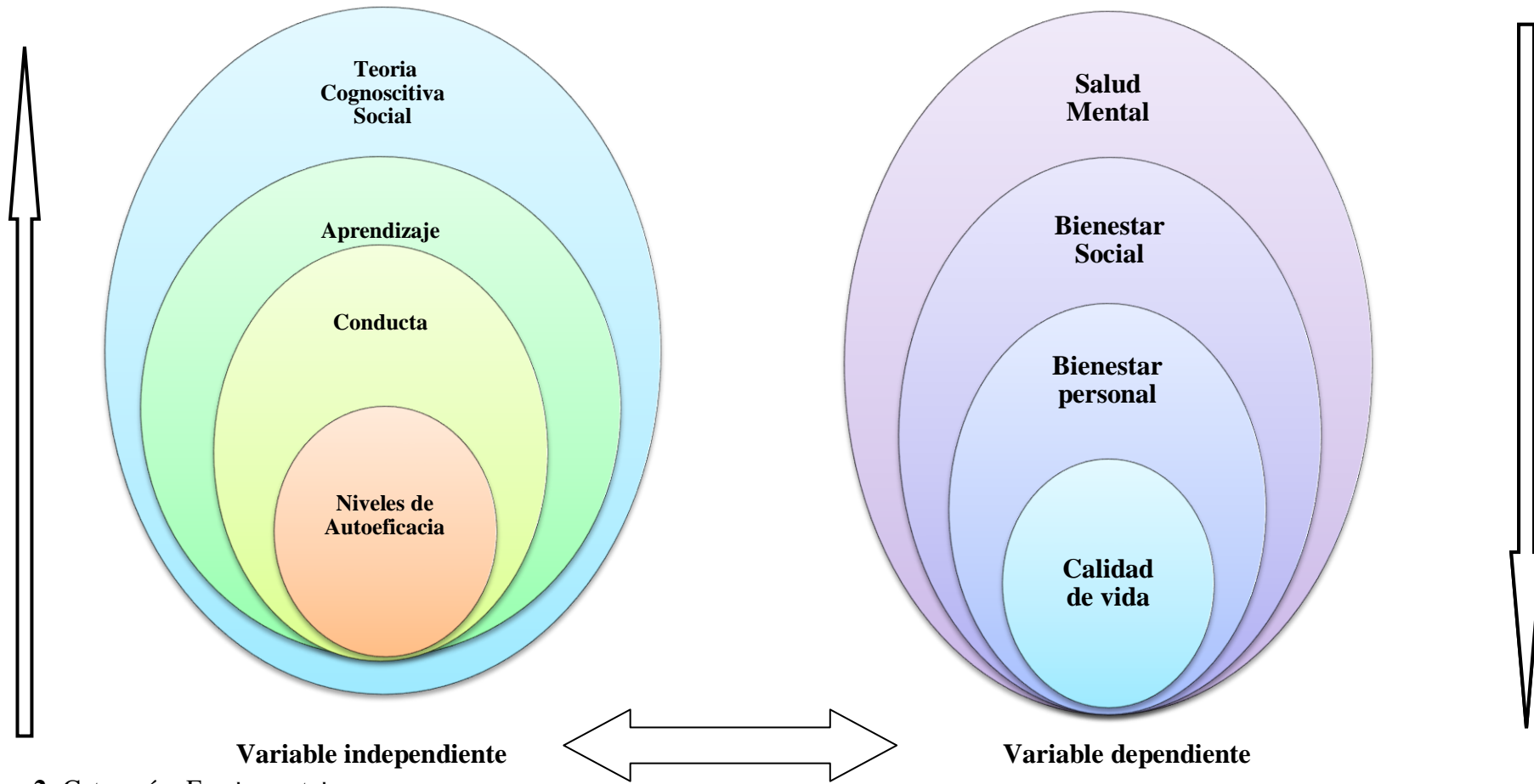


Gráfico 2: Categorías Fundamentales

Elaborado por: Sánchez A, 2015

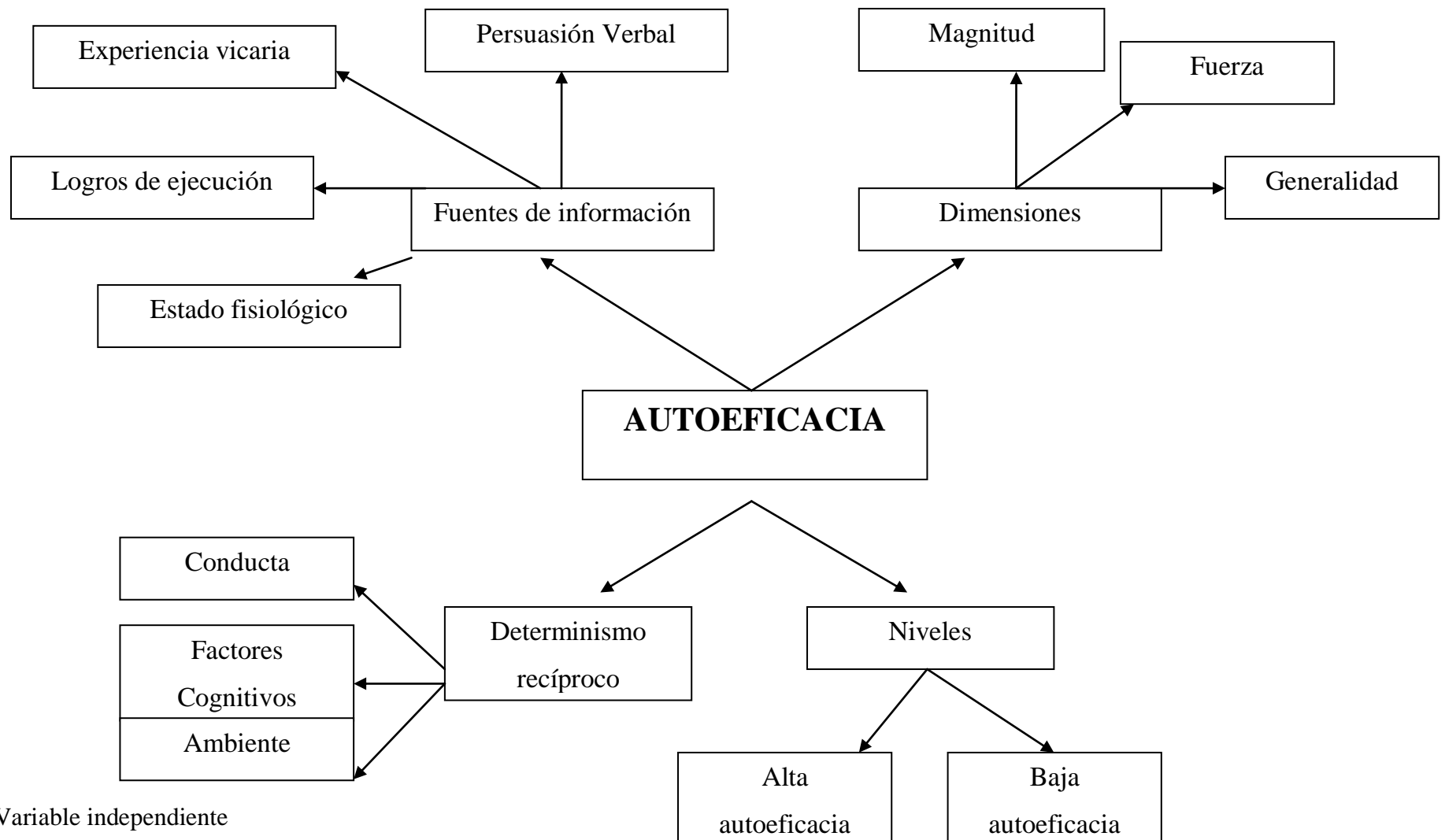


Gráfico 3 :Variable independiente

Elaborado por: Sánchez A, 2015

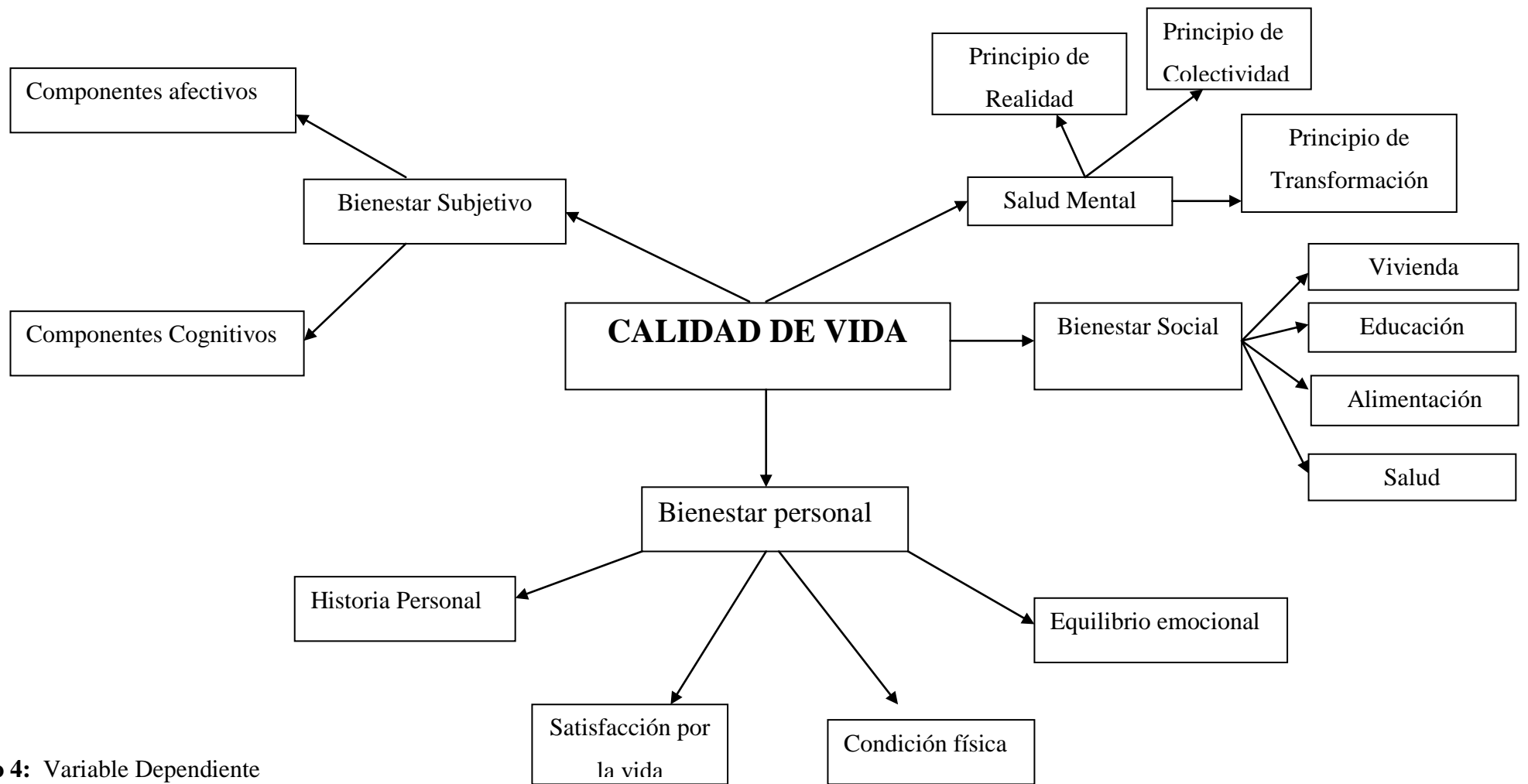


Gráfico 4: Variable Dependiente

Elaborado por: Sánchez A, 2015

MARCO CONCEPTUAL

2.8.1. Variable Independiente: NIVELES DE AUTOEFICACIA

2.8.1. TEORÍA COGNOSCITIVO SOCIAL

La teoría cognoscitivo social se enfoca principalmente en el estudio del comportamiento de la sociedad que nos rodea en sus inicios Albert Bandura estableció con el nombre de teoría de aprendizaje social y luego fue nombrada como Teoría Cognoscitiva Social en base a dos supuestos, el primero es que la conducta humana es, en su mayoría aprendida, no innata y el segundo supuesto es que en gran parte del aprendizaje es asociativo y simbólico, por ende mediante la técnica de la observación ya que este es el medio por el cual podemos comprobar de lo que el individuo es capaz de aprender una conducta sin ningún reforzador siendo la única forma de asimilar una conducta a través de un modelo. Los lineamientos psicológicos van guiados por el conductismo y elementos cognitivos. Según los estudios de Bandura referente de la teoría del Aprendizaje Cognoscitivo Social ya que sus estudios que realizó formó las bases fundamentales para que la corriente cognitiva sea parte del aprendizaje social ya que manifestó que es necesario tomar en cuenta las representaciones, estructuras y procesos mentales para consolidar la teoría cognoscitiva social y dando paso a la corriente psicológica cognitiva – conductual (Bandura, 1986).

Existen elementos importantes que sustentan esta teoría para poder estudiarla como el aprendizaje cognoscitivo social se refiere netamente al aprendizaje social en este medio como base principal Bandura (1986) nos menciona a la observación y el auto control que son las herramientas que se basa en los diversos estudios del autor mencionado, esto conlleva a que exista además dos fases que se subdividen, la primera que es la adquisición de la conducta esta es la primera etapa y por medio de esta promueve el aprendizaje social esta fase de la adquisición se divide en atención y retención, esta conducta que se adquiere va a variar debido a la atención que el sujeto observador haya percibido del modelo. La segunda fase es la ejecución la cual se subdivide en reproducción motora, motivación y refuerzo. Esta teoría explica el desarrollo y la modificación de la conducta humana sobre la

base de variables sociales en las cuales se desarrolla el individuo en formación, y que pueden ser desde la infancia hasta el estatus donde transcurre la vida de este individuo. Como esta teoría se enfoca en el estudio del comportamiento humano su principal fundador Albert Bandura analiza la permanente dinámica de interacción entre el comportamiento y el ambiente que rodea a la persona relacionado en un “determinismo recíproco”(Bandura, 1986, p. 201).

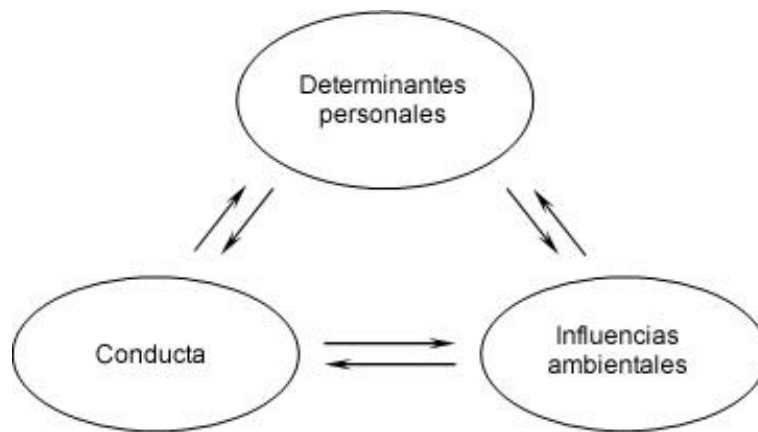


Gráfico 5: Teoría básica Bandura

Autor: Bandura (1986).

El determinismo recíproco expresa las interrelaciones entre determinantes personales, conducta e influencias ambientales es decir los pensamientos, las emociones y las propiedades biológicas de una persona influye en su comportamiento y estas en aquellas es decir viceversa. En los inicios de estudio de la teoría cognoscitiva social se la conocía como teoría del aprendizaje social al cabo de los años de estudio se la determino así por la relación de la cognición y el lenguaje del ser humano desde el momento en que introduce la imaginación en particular, deja de ser un conductista estricto y empieza a acercarse a los cognitivistas. Es cuando se inician los estudios del aprendizaje de conductas. (Bandura 1986).

Según las diversas investigaciones mencionan lo fundamental que es el proceso de modelado para el aprendizaje de una nueva conducta por ende la observación elemento fundamental para que este proceso se lleve a cabo, por ello es primordial

tratar acerca de la imitación de la conducta ya que esta es un medio fundamental para la transmisión de conocimientos como lo menciona Rosenthal y Zimmerman (1978), desde hace varios siglos atrás la imitación ha sido utilizada para el desarrollo de la sociedad conocida por el termino griego “ mimesis”, para referirse al aprendizaje por la observación, este como instinto innato de culturas pasadas . Además Tarde (1903) indica que “El hombre posee el instinto natural de imitación de los actos de los demás” (p.34) , es importante dar énfasis en el termino imitación para explicar los fenómenos de aprendizaje social (p.89).

Miller y Dollard (1941), mencionan en su texto que Albert Bandura psicólogo canadiense nacido en 1925, se graduó en Psicología Clínica en la Universidad de Iowa y desde sus inicios fue influido por el texto de Miller y Dollard con el tema de Social Learning and Imitation fue desde cuando se empezaron las investigaciones a profundidad acerca del comportamiento social siendo uno de los principales exponentes del estudio de la conducta humana. Bandura y otros autores han comprobado la predicción de su teoría con destrezas cognoscitivas, motoras, sociales y autoreguladoras. Con la publicación de varios estudios que se enfocan al desarrollo social del individuo, Bandura, menciona que “amplió su teoría para tratar la forma que la gente intenta controlar los acontecimientos importantes de su vida mediante la regulación de sus propios pensamientos y actos” (p.43).

El postulado de más trascendencia que indica Bandura (1986), para dar una explicación concreta a cerca de la teoría es una características singular de la teoría cognoscitiva social es el papel central que asigna a las funciones de autorregulación la gente no se comporta solo para complacer las preferencias de los demás. Gran parte de su conducta está motivada y regulada por normas internas y por las reacciones valorativas de sus propios actos. Ya que se han adoptado normas personales, las discrepancias entre una acción y el criterio con el que se mide activan reacciones cie autoevaluación que influyen en las conductas subsecuentes. De este modo, cada acto incluye entre sus determinantes influencias autoproducidas.

Dando énfasis en los postulados que menciona Bandura podemos concluir que esta teoría va construyéndose por cada individuo por el cual va adquiriendo conocimientos, aptitudes, comportamientos, reglas, y actitudes que las van

distinguiendo según su conveniencia y su utilidad para así asimilarlas y quedárselas, estas las adquieren de un modelo que puede llegar a ser una persona, o un símbolo cognoscitivo para quien lo observa y por ende aprende de las consecuencias que esta acarree consigo, para que este proceso se produzca con éxito, se necesita de que el modelo haya sido reforzado o castigado y el observador necesita atención, retención, producción y motivación para poder concluir con el aprendizaje cognoscitivo social.

2.8.2. APRENDIZAJE

Según Robbins (2004), el aprendizaje es cualquier cambio de la conducta, relativamente permanente, que se presenta como consecuencia de una experiencia. Podemos decir que los cambios en la conducta indican que ha habido un aprendizaje y que el aprendizaje es un cambio de conducta.

Según Kolb (1984), el aprendizaje es el proceso por medio del cual construimos conocimiento mediante un proceso de reflexión y de dar sentido a las experiencias.

Como el aprendizaje es un proceso que interviene procesos mentales superiores es fundamental nombrar a la psicología por el estudio que da a la mente del ser humano siendo un proceso que cubre el entorno biopsicosocial del individuo, entre diferentes corrientes psicológicas contemporáneas que son importantes para definir las teorías del aprendizaje son las corrientes conductuales, cognitivas.

Enfoque Conductual

Rojas (2001), en su estudio a cerca de enfoques de aprendizaje menciona a los principales que dan origen a la teoría conductista Watson, Thorndike, Skinner que tienen un antecedente importante en los experimentos con animales sobre el aprendizaje además llevado a cabo por Pavlov a fines del siglo XIX dando fundamentos base sobre el condicionamiento de estímulo y respuesta de tal manera que lo describieron que este condicionamiento puede ser clásico e instrumental.

Condicionamiento Clásico

Pavlov citado por Rojas (2001) este condicionamiento es clásico y se basa principalmente en estímulo respuesta no hay reforzamiento y se basa en el principio de adhesión quiere decir que la presencia de una evoca al otro según nos menciona. Ilustra este condicionamiento en el experimento que el sonido de una campana provocaba salivación del perro en presencia de un alimento, y una vez ocurrido esto, la salivación se producía al oír la campana, aun sin el alimento. Este aprendizaje van adquiriendo más capacidad, para evocar respuestas que anteriormente se originaba en otro estímulo.

Condicionamiento Instrumental

Skinner citado por Rojas (2001), este condicionamiento se produce en una retroalimentación que sigue a la respuesta, siendo la respuesta un instrumental para la obtención del reforzamiento. Aquí se da paso al reforzador positivo siendo un estímulo cuya presencia hace que sea más fuerte la conducta, y por el contrario el reforzador negativo cuya eliminación refuerza la conducta. Uno de los conductistas contemporáneos más destacados en el estudio del aprendizaje, quien menciona el cambio de actuación de aprendizaje se traduce como un cambio de conducta, el cual no es más que el movimiento de un organismo en un marco de referencia por ello el aprendizaje es un cambio de las probabilidad de respuestas el cual se produce por el condicionamiento operante.

Condicionamiento Operante

Rojas (2001), menciona que el condicionamiento operante es una respuesta que llega a ser más frecuente, tal respuesta se refuerza en sentido positivo haciendo que el estímulo fortalezca una determinada conducta o negativo cuyo caso sea la eliminación de la conducta. Cabe recalcar que el conductismo limita en cierta forma el aprendizaje ya que es excesivamente reduccionista a los impulsos orgánicos básicos, y se plantea que las conductas son aprendidas siendo que también existen conductas instintivas propias del ser humano que coexisten junto con el ambiente que lo rodee.

Enfoques Cognitivos

A lo largo de varios años la teoría del aprendizaje a sido dominada por la corriente conductista, siendo parte del proceso natural que al pasar de los años nuevas teorías de estudio se van generando ya que el ser humano es un ente en constantes cambios, por ello es que la mente humana es el centro de estudio dentro de los procesos de memoria, atención, inteligencia, alcanzando incluso al estudio de interacción social y de la emoción (Pozo 1989).

Teoría del desarrollo Cognitivo según Jean Piaget

El desarrollo cognitivo sucede mediante tres procesos según Jean Piaget citado por Papalia (2001):

- **Organización:** Es la integración de la información en sistemas o estructuras mentales. Los sistemas de conocimientos o formas de pensamientos que incorporan imágenes cada vez mas precisas de la realidad, estos sistemas o estructuras mentales son conocidas como esquemas.
 - **Esquemas:** Se refiere a patrones organizados de conducta que se utilizan para comprender una situación y seleccionar la actuación adecuada.
- **Adaptación:** Es una función básica del ser humano. Es la forma en que emplea la nueva información a raíz de lo que ya conoce, además es el proceso por el cual las acciones del organismo se relacionan integralmente con el medio que les rodea. Según Piaget la adaptación en el ser humano consiste en un equilibrio entre acciones manifiestas sobre su medio ambiente y las acciones inversas.
 - **Asimilación:** Es la acción del organismo sobre el ambiente que lo rodea. Según menciona Alexander, Roodin y Gorman (1984), este proceso permite que las nuevas experiencias sean integradas a las estructuras mentales que contienen los conocimientos y las capacidades previamente adquiridos.
 - **Acomodación:** Es el proceso por el cual el organismo se modifica para ajustar la información recibida de su entorno social.

- Equilibración: Piaget afirma que el proceso adaptativo es el producto de la equilibración entre la información recibida (asimilación) y la reestructuración mental requerida para procesar y ajustar dicha información a los esquemas mentales preexistentes (acomodación).

Jean Piaget (1981) menciona dentro de este enfoque cognitivo el desarrollo cognitivo en modo de transformación ya que lo determina al ser humano en etapas de evolución tomando énfasis en las características psicológicas desde sus primeros años de vida que en el cual se da la construcción de pensamiento y diversificación de la conducta que va sucediendo en la infancia y adolescencia, llevando a cabo una maduración de adaptación al medio y las habilidades sociales a partir del crecimiento intelectual.

Estadios del desarrollo intelectual según Jean Piaget

- Estadio Sensoriomotor de 0- 2 años, la inteligencia es práctica y se relaciona con la resolución de problemas a nivel de acción.
- Estadio Preoperatorio de 2- 7 años, la inteligencia ya es simbólica, pero sus operaciones aún carecen de estructura lógica.
- Estadio de las Operaciones Concretas de 7- 12 años, el pensamiento infantil es ya un pensamiento lógico, a condición de que se aplique a situaciones de experimentación y manipulación concretas.
- Estadio de las Operaciones Formales a partir de la adolescencia, aparece la lógica formal y la capacidad para trascender la realidad manejando y verificando hipótesis de manera exhaustiva y sistemática (Piaget, 1981).

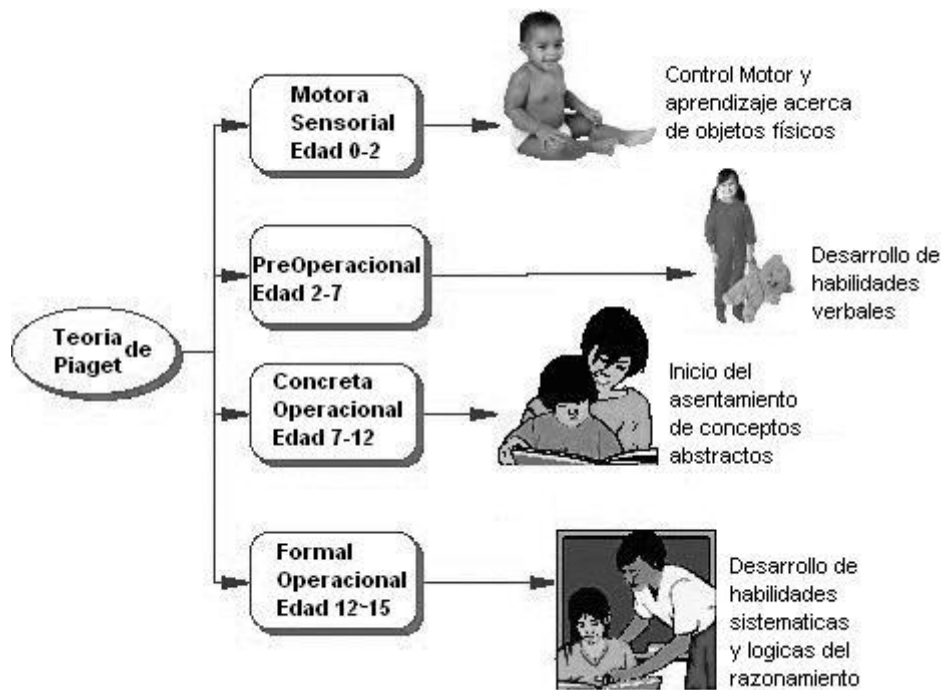


Gráfico 6: Teoría de Piaget

Autor: Piaget (1981).

Los postulados que menciona la teoría de Piaget se centra en el desarrollo de la inteligencia ya que por medio de este se guiara el aprendizaje activo dependiendo de cada etapa que se encuentre a travesando el individuo, podemos concluir que dependiendo en la etapa que se encuentre el ser el aprendizaje va de la mano teniendo una relación muy estrecha para el desarrollo del mismo. Dejando de lado de que el aprendizaje no es una mera asociación de estímulos, respuestas, si no que aprender implica modificar pautas de conocimiento en donde el actor principal es el desarrollo de la inteligencia según el desarrollo evolutivo (Piaget ,1981).

Teoría de Aprendizaje Social según Albert Bandura

Es parte de la teoría de aprendizaje social la cual pone en relevancia la capacidad de aprender observando a un modelo recibiendo instrucciones sin la experiencia directa del sujeto. Bandura siendo el máximo exponente desde el lineamiento psicológico cognitivo- conductual. Los postulados que establece en el modelo de aprendizaje de reciprocidad trídica del funcionamiento humano que establece que el aprendizaje se produce por tres elementos que ya fueron mencionados

anteriormente en la presente investigación que son factores personales, ambiente, conducta (Piaget, 1981).

El concepto de aprendizaje según Bandura (1986) es “una actividad de procesamiento de información en la que los datos acerca de la estructura de la conducta y de los acontecimientos del entorno se transforman en representaciones simbólicas que sirven como lineamientos para la acción” (p.76).

Además para Bandura menciona que el aprendizaje en acto consiste en “aprender de las consecuencias de las acciones propias y las conductas que dan resultados exitosos se retienen y las que llevan a fracasos se perfeccionan o se descartan”, pues es similar al condicionamiento operante de Skinner pero la teoría cognoscitiva social argumenta que son las consecuencias del comportamiento y no las conductas fortalecidas. También es significativo mencionar que el aprendizaje humano según el enfoque cognitivo postula que sucede de manera vicaria es decir sin ejecución abierta del individuo que aprende, la fuente mas usual en por medio de observación o escuchar es decir los canales sensoriales son los principales precursores para seguir a un modelo que puede ser una persona o de manera simbólica. Se menciona que las fuentes vicarias aceleran el aprendizaje ya que se ejecutan toda conducta adquirida es mas acogida ya que también evitan que las personas experimenten consecuencias negativas.

Aprendizaje Observacional

La observación a modelos sucede cuando se despliegan nuevas pautas de comportamiento que antes de la exposición a las conductas modeladas no tenían posibilidad de ocurrencia aun en condiciones de mucha motivación (Bandura, 1969).

El proceso consta de cuatro procesos:

- **Atención:** Prestar atención y percibir aspectos relevantes del comportamiento del modelo. Este modelo tiene que ser alguien en quien se identifique una persona o símbolo potencial, el autor señala que la atención del observador puede canalizarse acentuando físicamente las características del modelo o de la ejecución.

- **Retención:** Es la capacidad para codificar y almacenar en la memoria los eventos modelados, según Bandura la codificación y almacenamiento ocurre en dos formatos las imágenes que son las abstracciones de los acontecimientos y las representaciones verbales que esta relacionada con el desarrollo de lenguaje.
- **Reproducción Motora:** Es convertir en acción la observación recordada, en si, es la fase donde el observador ejecuta las conductas que han sido modeladas. Y se dividen en
 - Organización cognitiva de la respuesta
 - Iniciación guiada centralmente
 - Observación de la ejecución de la conducta
 - Emparejamiento de la acción con su concepto
- **Motivación:** Según el autor de la teoría es estar motivado para adoptar el comportamiento. Es decir no es suficiente con observar, almacenar, reproducir la conducta hay que tener esa motivación extra para que se produzca el aprendizaje. Las consecuencias motivan al crear expectativas y al elevar la autoeficacia (Bandura, 1969).

Factores que influyen en el aprendizaje Observacional

- **Estado de desarrollo:** Es la capacidad de los aprendices de aprender de los modelos depende su desarrollo Bandura (1986). Los niños pequeños se motivan con las consecuencias inmediatas de su actividad y cuando maduran se inclinan mas a reproducir los actos modelados que son lógicas con sus metas y valores.
- **Prestigio y competencia:** Los observadores prestan más atención a modelos competentes de posición elevada.
- **Consecuencias vicarias:** Estas consecuencias de los modelos se transmiten información acerca de la conveniencia de la conducta y las probabilidades de los resultados.
- **Expectativas:** Los observadores son propensos a realizar las acciones modeladas que creen que son apropiadas y que tendrán resultados reforzantes.

- Establecimiento de metas: Los observadores suelen atender a modelos que exhiben las conductas que los ayudara a alcanzar sus metas.
- Autoeficacia: es un postulado de Bandura como la creencia de la persona en su habilidad para llevar a cabo o afrontar con éxito una tarea específica, por ende desde esta perspectiva los observadores prestan atención a los modelos si creen ser capaces de aprender la conducta observada en ellos (Bandura, 1986).

2.8.3. CONDUCTA

Determinar el término conducta en una sola definición no es suficiente para describir el amplio contenido que de firmeza para poder determinarlo correctamente por eso a continuación se dará varias definiciones de diferentes autores.

González (1993), refiere que “el comportamiento humano se debe a la necesidad de cubrir una deficiencia, esta necesidad suministra la energía que desencadena la conducta de una persona” (p. 87)

La conducta según la Real Academia Española (RAE, 2010) está relacionada a la modalidad que tiene una persona para comportarse en diversos ámbitos de su vida. Esto quiere decir que el término puede emplearse como sinónimo de comportamiento, ya que se refiere a las acciones que desarrolla un sujeto frente a los estímulos que recibe y a los vínculos que establece con su entorno.

Bleger (1963) el termino de conducta ha sido afianzado desde otras ramas hacia la psicología y manifiesta que es un conjunto de fenómenos que son observables o que son factible de ser detectados. Etimológicamente el término conducta es latina y significa “conducida o guiada”, es decir que todas las manifestaciones son acciones conducidas o guiadas por algo que esta fuera de las mismas. Es de suma importancia dar a conocer los orígenes del concepto de conducta desde el enfoque psicológico y se basa en el artículo publicado por Watson en 1913 quien da el inicio a la corriente Conductismo o Behaviorismo, y debido a este estudio trascendental se destaco a la psicología como ciencia de la conducta.

Bleger (1963) citado por el psicoanalista francés Legache define la conducta como “el conjunto de respuestas significativas por las cuales un ser vivo en situación integra las tensiones amenazan la unidad y el equilibrio del organismo” (p. 124).

Así mismo nos menciona que la psicología siempre se ha centrado en estudiar la conducta humana y así se ha combinado el estudio de la personalidad y el medio social.

Cabe recalcar que el termino conducta es parte vital de los psicólogos y no solo de ellos si no además de sociólogos, antropólogos, inclusive el termino conducta abarca tanto a la psicología de manera que no pertenece a ninguna corriente psicológica teniendo esa gran ventaja y ser tan neutral para así ampliar los estudios en diversos lineamientos.

Según Bleger (1963), en su obra publicada nos habla acerca del término conducta como una subdivisión fenomica que se relacionan entre sí, una de ellas tiene dominancia sobre las demás áreas, lo que nos permite calificar la conducta como mental, corporal, o en el mundo externo. Como se menciona se puede determinar que la conducta se divide en áreas que en todo momento van a estar involucradas unas con otras relacionándose entre sí, coexistiendo la conducta formadora de este postulado en conjunto .

Pereira (2009), en su documento la conducta y el comportamiento humano da a conocer el significado del término conducta según el diccionario de psicología de Friedrich Dorsch determina que la conducta es un acto que se puede observar y además también es los procesos psicológicos no observables de un organismo por otro individuo. Por ende mediante los órganos sensoriales se puede diferenciar el tipo de conducta, del ser humano manifiesta que la personalidad del individuo está ligado en primera instancia con el tipo de conducta que proyecta y el comportamiento que tendrá el individuo hacia su entorno que lo rodea, esto se concluye según el modelo de personalidad de Hans Eysenck.

Además se puede determinar en una clasificación de tipos de conducta que nos menciona Pereira en su documento:

- Conducta Agonista: A nivel social se puede determinar que es un comportamiento combativo es decir que se puede manifestar de manera defensiva y ofensiva.
- Conducta Ambivalente: Como el termino lo expresa ambivalente es decir conductas opuestas que se puede manifestar en diferentes etapas del desarrollo del ser humano el cambio contradictorio de comportamiento.
- Conducta Colectiva: La psicología de las masas es partidaria de esta conducta ya que el comportamiento se produce debido a la influencia social.
- Conducta de riesgo: Quiere decir que los comportamientos producidos en situación de peligro son actos no controlados por la conciencia.

2.8.4. NIVELES DE AUTOEFICACIA

La Autoeficacia son la creencias personales sobre la propias capacidades para que el individuo pueda aprender o ejecutar acciones a ciertos niveles . Por ende la autoeficacia es lo que el individuo cree que es capaz de hacer y no es lo mismo que saber qué es lo que se debe hacer por esta razón primero la persona evalua sus habilidades y capacidades para convertir esas habilidades en acciones (Bandura, 1986).

Para poder desarrollar una definición más explícita acerca de los niveles de autoeficacia se dará una introducción acerca del término autoeficacia siendo esta teoría parte fundamental para desarrollar a continuación la presente investigación.

La autoeficacia ha sido puntualizada en la investigación de Olaz, F. (2001) en “juicios de las personas acerca de sus propias capacidades para alcanzar niveles determinados de rendimiento” (p.124).

Según Alpuche y Vega (2014), la autoeficacia percibida hace referencia a “las creencias de los individuos en las propias capacidades para organizar y poner en marcha los cursos de acción indispensables para afrontar situaciones futuras y alcanzar una meta” (p. 246).

Entendiéndose así que la autoeficacia es un medidor de cada acción que realiza el individuo, para poder autoevaluar entre logros anteriores o habilidades y la ultima conducta ejecutada. Destacando el valor que tiene este proceso se enfoca en ser un

predictor de conductas del sujeto, que son auto reforzadas a la medida que el mismo las vaya construyendo y avanzando en escalar logros.

Bandura “enfatisa el papel de las creencias de la autoeficacia al considerarla como uno de los factores más influyentes en el funcionamiento humano” (1986, p. 147).

Villamarin (1994), habla acerca de la teoría de la autoeficacia, desde el fundador de la misma que es Bandura en 1977 que determina al término como expectativas de eficacia o autoeficacia quien dice que es la capacidad percibida para ejecutar con éxito un determinado comportamiento y expectativas de resultados o de acción de resultados. Destaca que siendo la conducta ente fundamental determinante, esta es producida por las expectativas, a la vez es predictor directo de la conducta misma. El proceso cognitivo de procesamiento de información es de suma relevancia debido a que las expectativas de eficacia y de los resultados son parte esencial para poder asimilar y se produzca un reforzamiento siendo variables globales y estables que se reelaboran a cada instante integrando la nueva información y reforzando las expectativas de autoeficacia. Aquí el autor Villamarin, destaca estas etapas de cuáles son las fuentes, los propios logros en el pasado, la observación de la conducta de los individuos que lo rodean, la persuasión verbal y la auto- percepción del estado físico.

Con estos aspectos que se toman en consideración para la formación de las expectativas de autoeficacia, son fragmentos de procesos individuales que ha tenido como experiencia el individuo ya que esta toma mucho en cuenta las experiencias pasadas y que de cierta forma se reflejaran en el futuro ya que por medio de este proceso se puede explicar de mejor manera el origen de la actual conducta del individuo, y más aun el nivel de las expectativas que tenga hacia acciones próximas.

Cabe recalcar que la percepción de autoeficacia no se la debe inmiscuir con la autoestima, ya que autoeficacia se refiere al juicio que un individuo tiene de sus propias capacidades, mientras que la autoestima se refiere al juicio que la persona tiene de su valor como tal, por lo tanto la autoeficacia se relaciona con las capacidades humanas, no con los juicios morales (Bandura, 1997).

Castillo (2009), en su investigación alude a que “el autoestima, autoconcepto o la autoconfianza no se debe confundir con la autoeficacia percibida, ya que tienen un carácter global o general” (p.68), mientras que la autoeficacia esta más relacionada a tareas, actividades, habilidades específicas siendo el individuo un aprendiz activo con capacidad de transformación.

De igual manera Pascual (2009), alude que la teoría de la Autoeficacia planteada por Bandura 1997, manifiesta que el hecho de que el ser humano conozca cuáles son sus metas por cumplir no es autoeficacia, la autoeficacia es juzgarse capaz de utilizar las cualidades y habilidades que posee cada individuo para ponerlas en práctica y aplicarlas y así conseguir lo que se propone en cada una de las metas en diferentes circunstancias que se presente, sin dejar de lado lo significativo que es la auto percepción que tiene cada individuo de uno mismo ya que este es el plus que impulsa a desarrollar con éxito las actividades que conducen a lograr el objetivo, determinándose directamente como autoeficacia la cual es el eje que impulsara al individuo a poder visualizar las actividades que podrá realizar ante cualquier situación adversa que se presente.

Bandura destaca “la auto percepción de la eficacia personal determina en cierto modo los patrones de pensamiento, las acciones y las relaciones emocionales del individuo, las personas que gozan de un alto nivel de autoeficacia consiguen más éxitos que aquellas con bajos niveles de autoeficacia” (Bandura, 1997, p 65).

El mismo autor destaca los niveles de autoeficacia, y nos menciona algo primordial para la presente investigación como tal, ya que manifiesta que existen los individuos con altos niveles de autoeficacia que presentan la capacidad de conseguir metas planteadas con facilidad, debido que los altos niveles de autoeficacia son mediadoras del impacto de las condiciones ambientales sobre la conducta las cuales ejercerán para que el individuo busque actividades y habilidades adecuadas para poder alcanzar o solucionar las dificultades que se presenten y lograr con éxito lo propuesto. Mientras que los individuos tienen bajos niveles de autoeficacia atraviesan por un proceso más complejo para conseguir objetivos y metas ya que no tienen el mismo tipo de procesamiento de las conductas, pensamientos debido a diversas razones. Justificando cuando el individuo atraviesa por situaciones difíciles, y se percibe como un ente poco

eficaz y observa quienes si tienes esa capacidad de sobrellevar dificultades con facilidad, ve como otros individuos disfrutaban de experiencias exitosas, tendrán tendencias a sufrir depresión y sentimientos de minusvalía (Bandura, 1997).

Cervone (1989), manifiesta “Una vez que las personas se han formado con una firme creencia en sus capacidades para desenvolverse en ciertas situaciones, actúan según esas creencias sin volver a poner en tela de juicio dichas capacidades” (p. 142).

Los niveles de autoeficacia pueden ser los causantes que la motivación aumente o disminuya, por ende se considera que individuos con alta autoeficacia eligen desempeñar actividades y tareas desafiantes, planteándose metas y objetivos altos, además siendo estos individuos quienes invierten más tiempo, esfuerzo y son persistentes en conseguir lo planteado, elaborando un compromiso. Mientras que las personas que poseen bajos niveles de autoeficacia se desalientan con facilidad y no existe un compromiso de persistencia de por medio para lograr objetivos por ende retroalimentan actos fallidos lo cual es una desventaja ya que seguirá disminuyendo los niveles de autoeficacia para retos futuros (Olivari y Urra, 2007).

Castillo (2009) añade acerca de estudios realizados por parte que cuan determinante son los niveles de autoeficacia para que se determine de una forma distintiva, uno de otro individuo según su nivel de autoeficacia, lo cual menciona quienes con alta firmeza y credibilidad confía en las propias capacidades, tiene la cualidad de imponerse retos aun más complejos así mismos ya que debido a altos niveles de autoeficacia poseen un excelente pensamiento analítico lo cual es una ventaja para poder examinar el panorama con claridad y así poder encontrar soluciones, consiguiendo logros satisfactorios en la ejecución, mientras que individuos que mantengan niveles bajos de autoeficacia son más vulnerables a cometer errores siendo así factor para que las aspiraciones reduzcan y la calidad de ejecución disminuya.

Se puede determinar que es de suma importancia haber experimentado el éxito en metas planteadas por el individuo para que así las creencias de autoeficacia sigan creciendo ya que sin experiencias vividas no se podrán incrementar las mismas,

mas aun si el individuo se plantea cada vez metas más difíciles de conseguir las propias creencias de poder conseguirlo serán aportes fundamentales para que este proceso de obtener lo anhelado sea factible , caso contrario el individuo no percibirá este éxito y será complejo que el proceso de ejecución vuelva a ocurrir.

Fuentes de Autoeficacia

Olaz (1997), menciona en su artículo que las creencias de autoeficacia se forman a partir de la información aportada por cuatro fuentes principales:

- **Logros de ejecución**

Es la fuente principal de autoeficacia así lo menciona Bandura en su teoría de 1987, ya que estas son basadas en experiencias de dominio real, la superación en respectivas actividades refuerza la ejecución, mientras que los fracasos repetidos disminuyen los niveles de autoeficacia. Por ende los éxitos repetidos en la consecución de metas aumentan el nivel de autoeficacia, y el fracaso en la consecución de los mismos la disminuye.

- **Experiencia vicaria**

Por medio de la observación de experiencias vividas por otros individuos y el obtener triunfos, el sujeto aumenta sus creencias de poder superar al igual que otras personas las dificultades, la experiencia vicaria sobresale cuando el individuo no tiene confianza de sus propias habilidades. De cierta forma es la manera más poderosa de promover niveles de autoeficacia ya que tiene mucho poder de influencia sobre el observador, siendo impulsado a seguir a un modelo tiene mas al alcance de examinar la perseverancia, la valentía, la expectativa que tiene el modelo para que impulse al observador a seguir sus pasos y ratificar que puede lograr el mismo éxito (Pajares, 1997).

- **Persuasión Verbal**

Es una fuente importante ya que son las palabras que incentiven a las personas que no tienen la suficiente confianza en sí mismo para poder ejecutar ya lo planeado, por ende Pajares (1997), menciona que esta fuente de información tiene mayor éxito en la disminución de la eficacia

percibida que en el fortalecimiento de la misma. Entonces se puede determinar que persuadir al sujeto, ayuda a obtener resultados excelentes, ya que el individuo se esforzara mas por conseguirlo, cabe recalcar que ésta no será de manera prolongada ni duradera, siempre y cuando no se pretenda persuadir ideas falsas ni fuera de los alcances (Bandura, 1986).

- **Estado Fisiológico**

A través de los múltiples indicadores de activación autonómica, que puede presentar el individuo como por ejemplo estrés, ansiedad, dolores, fatiga pueden llegar a ser interpretados como signos de vulnerabilidad y por ende indicadores de un bajo rendimiento. Bandura menciona que la autoeficacia es el antídoto contra el estrés ya que este se relaciona inversamente con la ansiedad, pues las personas que mantienen altos niveles de autoeficacia experimentan niveles de estrés mínimos, a diferencia de los individuos que posees bajos niveles de autoeficacia (Bandura, 1986).

Dimensiones de la Autoeficacia

Castillo (2009), nos menciona que esta teoría ha sido puntualizada para realizar mediciones de las expectativas de autoeficacia según los pensamientos autorreferentes, es decir las autopercepciones.

Bandura (1986):

- **Magnitud**, esta dimensión hace referencia a los logros de ejecución del sujeto o también del numero de actividades que podría realizar para conseguir el objetivo. Es decir poner al pleno la máxima cantidad de tareas que expone el individuo con tal de rendir y cumplir.
- **Fuerza**, se refiere a que tan convencido se encuentra el individuo de sus propias capacidades para poder obtener lo planteado, medir el grado de confianza que se tiene a sí mismo.
- **Generalidad**, consiste en conocer el numero de tareas o actividades distintas en las que el individuo se cree capaz de lograr, y se considera eficaz.

2.9. VARIABLE DEPENDIENTE: CALIDAD DE VIDA

2.9.1. SALUD MENTAL

Según la Organización Mundial de la Salud OMS (2015), la salud mental abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental incluido en la definición de salud que la OMS “es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”. Relacionando directamente en la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos.

Además recalca la OMS (2007), la salud mental no es solamente la ausencia de trastornos mentales, si no se complementa con un bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de manera productiva y es capaz de hacer contribución a la sociedad.

El estado de salud mental de las personas es base principal para poder concebir un estado de equilibrio a nivel de bienestar, pues por esto Aguilar, E. (2011) cita la definición según OPS/OMS “La condición de la vida humana que resulta de un armónico desarrollo intelectual, emocional y social del individuo y que se caracteriza por una conducta orientada hacia el logro de bienestar subjetivo y objetivo, personal y colectivo, a través de la realización de sus potenciales y la contribución a los procesos de cambio del medio” (p. 43).

Destacando que la academia americana de psiquiatría define la salud mental en tres ideas:

- Estar bien consigo mismo
- Estar bien con los demás
- Afrontar los problemas de la vida diaria

Siendo así se puede manifestar que estar bien consigo mismo es sentirse bien a nivel emocional principalmente quererse uno mismo como requisito principal para

fomentar una buena autoestima y vivir el presente, el querer a los demás se relaciona directamente a manejar buenas relaciones interpersonales beneficiándose así mismo creando una confianza para poder manejar cualquier situación con la sociedad reflejando una buena convivencia con quien le rodea a la persona, y por ultimo afrontar los problemas de la vida se refiere a tomar con la debida responsabilidad las dificultades del diario vivir y poder tomar el control de los problemas para resolver con tranquilidad (Aguilar, 2011).

Además también la salud mental se define como el estado de bienestar emocional, afectivo y cognitivo que permite a los individuos desarrollar sus habilidades, afrontar el estrés normal de la vida, trabajar de manera productiva y fructífera, y hacer una contribución significativa a sus comunidades (Nuñez y Tobón, 2005).

Con estas conceptualizaciones se puede llegar a determinar que la salud mental es tan fundamental para el bienestar completo del ser humano, para poder mantener un equilibrio emocional y desarrollarse en diversos medios sin ninguna limitación física ni mental e interactuar con la sociedad y complementar nuestro desarrollo pleno.

Es importante destacar lo que menciona Nuñez., Tobón., Arias., Hidalgo., Santoyo., Hidalgo., & Rasmussen., (2010), “la salud mental con relación al concepto de salud están ampliamente articulados en los puntos de bienestar y calidad de vida, oportunidades sociales, acceso a servicios de salud prevención de enfermedades y promoción de salud” (p. 87).

Para consolidar conocimientos acerca de salud mental es necesario destacar lo que Calderón manifiesta que la salud mental hace énfasis a los estilos de vida positivos y los valores que legitiman y sustentan los niveles de humanidad, confianza, seguridad y sensación de control sobre su propio destino y le da a la vida opción, sentido, respeto y legitimidad. Con esta definición se puede rescatar que la salud mental del individuo esta constituido en una dinámica biopsicosociocultural (Nuñez & Tobón, 2005).

Para definir una buena salud mental Calderón 2001, citado por Nuñez, et al. (2010), menciona que existen principios universales de salud mental y son:

- Principio de realidad, este se refiere a que el individuo tiene conciencia de sí mismo y del medio que lo rodea.
- Principio de colectividad, este se refiere a la acción de poder comunicar, interactuar y participar en una sociedad.
- Principio de transformación, este se refiere a que el individuo tenga la visualización de metas, por ende tenga un sentido de vida.

Esto tiene relación con lo manifestado por otros autores, ya que rescata el equilibrio emocional, la lucidez de conciencia, además interactuar de una adecuada manera ante la sociedad y tener bien claros los objetivos en un plan de vida, con esto se determina una buena salud mental.

2.9.2. BIENESTAR SOCIAL

Se destaca como bienestar, el estado de sentirse bien con uno mismo la satisfacción y equilibrio emocional, para luego poder construir a un bienestar social se refiere al medio endógeno, y contribuir a una buena calidad de vida. Vygotski citado por (Blanco y Díaz 2005), determinan que el termino bienestar social está compuesto por la salud física y de la salud mental, por lo que menciona que es la “valoración que hacemos de las circunstancias y el funcionamiento dentro de la sociedad” (p. 582- 589).

Al hablar de bienestar se plantea un término extenso al momento de conceptualizarlo ya que este además se vincula directamente con el contacto social y por ende con las relaciones interpersonales, citado por Blanco y Díaz (2005).

Coinciden en determinaciones que al hablar de bienestar se mantiene una relación estrecha con el término “social”, ya que pasa a ser parte de una necesidad básica el interactuar con su medio (Erikson, 1996.)

Es fundamental tomar en cuenta los principios de estudios acerca del bienestar social de tal manera que , en su publicación menciona que el bienestar está ligado estrictamente con la calidad de vida, ya que en los años 80s se las denominaba como sinónimos, al pasar los años se los iba distinguiendo ya que la calidad de

vida se enfoco hacia los componentes psicosociales y el bienestar social se centro en aspectos materiales de índole económica y social , de manera paulatina se ha distinguido la conceptualización propia de cada termino. Al igual que otros autores ya mencionados el bienestar social se lo estudia de manera subjetiva ya que engloba distintos aspectos que aportan a la calidad de vida por ende el autor menciona que se enfoca al bienestar a nivel social-psicológico, realizando un estudio del término a nivel multidimensional ya que incluye varios aspectos (Actis, 2008).

“El concepto de bienestar social a diferencia de calidad de vida incorpora las ideas de equidad y justicia distributiva” (Musito, 2004, p.48).

Por esto es que se ha implementado diversas herramientas ya que existen varias las cuales permite evaluar el bienestar social pero una de las mas utilizadas es la que menciona la Organización de las naciones unidas ONU como parte del programa de trabajo sobre indicadores sociales citado por (Sánchez, Guadalupe, Clark, & López, 2006).:

- Equidad: El porcentaje de pobreza e igualdad de genero
- Salud: Estado nutricional, tasa de mortalidad, saneamiento, agua potable, servicios de atención de salud
- Educación: El nivel educativo, tasa de alfabetización.
- Domicilio: Condiciones de vida, tipo de vivienda
- Seguridad: El crimen
- Población: Cambio poblacional

Vásquez, (2001) quien comparte que estos son los parámetros para definir el bienestar de la población, citado en el texto por (Sánchez et al., 2006), manifiesta que para que estos datos sean precisos y exactos deben regirse a la precisión, consistencia, especificidad, sensibilidad, facilidad. Se llega a la conclusión en que bienestar social se centra en estudiar e investigar las formas de vida de las persona, en poder plasmar y obtener un seguimiento de cómo el estado como tal distribuye recursos para poder reflejar en el bienestar colectivo de una sociedad determinada ya que el bienestar acuña al termino social para enfocarse en lo relacionado con el medio el cual rodea al individuo y se lo puede evaluar al notar

una satisfacción en todo ámbito del individuo, la actividad colectiva es la que destaca para por medio de esta intervenir en las necesidad de las personas y mejorarla o transformarla consiguiendo mejorar las condiciones de vida cubriendo necesidades tanto como materiales y no materiales las cuales son parte de las necesidades básicas para conseguir un optimo bienestar además de esto como contribución a la medición de bienestar social existen varias herramientas las cuales sirven de ayuda para tener valores y ser objetivos al momento de actuar.

2.9.3. BIENESTAR PERSONAL

El bienestar personal se destaca por ser un concepto subjetivo ya que forma parte de varios constructos que lo definen, por ello Diener citado en el texto de Fierro (2006), menciona que bienestar personal “se lo conoce como bienestar subjetivo o psicológico es una experiencia emocional placentera”, tratándose de un constructo que superpone a otros constructos como es la felicidad, satisfacción personal y calidad de vida subjetiva categorizándolo como concepto también multidimensional es relacionada con afectos positivos relacionadas de afectos negativos además de evaluación cognitiva.

Además Urzúa y Caqueo (2012), en su investigación destaca el concepto de satisfacción personal lo relaciona como un sinónimo a satisfacción con la vida ya que conforma diversos dominios de la vida, el autor recalca que el bienestar es subjetivo ya que para que el bienestar personal exista, debe estar siempre presente las condiciones externas de vida tales como el contexto económico, social, cultural, político incluso el estado de salud físico, esto se refiere que el bienestar social que ya hablamos anteriormente superpone al bienestar personal, para lograr una completa satisfacción personal. Por ende se define que para poder obtener una satisfacción completa esta inverso dos ámbitos el social y el personal, o también lo externo y lo interno. Son factores indispensables para que se produzca un equilibrio entre estas y obtener la satisfacción deseada.

Pues además el bienestar personal se lo puede determinar como el bienestar subjetivo pues es el que se centra en la satisfacción por la vida ya que enfoca a la felicidad y satisfacción como precursores principales. El bienestar personal tiene apreciaciones cognitivas y afectivas que producen determinados sentimientos,

todo esto se engloba en el bienestar subjetivo. Además acota que las percepciones que el individuo tenga acerca de su propia vida tiene que ver con las valoraciones que el mismo se realiza frecuentemente donde su proyecto de vida tiene como soporte la satisfacción de las necesidades deficitarias y de desarrollo, siendo así que el individuo elige lo que desee realizar para buscar su propio beneficio esta como sustento de habilidades la fortaleza de la salud física y mental (Arita, 2006).

La búsqueda de la satisfacción personal compete íntegramente de cada ser humano pues lograr darse una buena vida es través de varios indicadores como satisfacción por experiencias vividas, además el disfrute pleno de la vida los cuales son los que producen los estados de felicidad, y se pueden reflejar tanto así que la percepción del sujeto va a ser la que evalué su propia vida, sus capacidades y como resultado el individuo va a experimentar estos estados de bienestar los cuales son reforzados para que se vuelvan a repetir las conductas que le conllevaron al estado de satisfacción al individuo por aquello se produce las metas y se crean expectativas nuevas cada vez más difíciles de conseguirlas para elevar el bienestar personal.

Como el bienestar subjetivo se refiere a las cualidades netamente individuales las cuales aportan al bienestar personal, (Suarez et al., 2001) que fue citado por Arita (2006), menciona diversos factores como capacidades intelectuales que la interacción social y la educación proporcionan además que las capacidades emotivas de adaptación a los retos del medio en el que vive el individuo, que referidas como habilidades mentales y sociales que el individuo posee y va adquiriendo, que le permiten afrontar retos de la vida, formando capacidades referidas a la cultura, estatus social, educación, capacidad para el trabajo, seguridad, y participación en política (Herrán & Arita, 2003).

2.9.4. CALIDAD DE VIDA

Urzúa y Caqueo (2012), mencionan que la calidad de vida es la conjunción de un estado de bienestar general, evaluaciones subjetivas de bienestar físico, material, social, y emocional junto con el desarrollo personal.

Es decir que la calidad de vida es la unión del bienestar social y personal ya que es una escalera de logros mientras se cumplan las necesidades personales seguirán las necesidades sociales para que se pueda lograr una buena calidad de vida, cabe recalcar que la percepción de cada individuo influye tanto como para poder sentir la satisfacción de vida adecuada.

“Calidad de vida es definida como la percepción individual de la posición en la vida en el contexto de la cultura y sistema de valores en el cual se vive y su relación con las metas, expectativas, estándares e intereses” (Urzúa & Caqueo, 2012, p.30).

Las diversas conceptualizaciones que mencionan los autores en el texto mencionan principalmente de manera subjetiva que la calidad de vida es el nivel percibido de bienestar derivado de la evaluación que realiza cada individuo de diferentes dimensiones de su vida, es decir realizar un insight para que así el individuo pueda evaluar su estilo y calidad de vida mediante parámetros ya mencionados como los factores endógenos y exógenos. Además aquí intervienen los procesos cognitivos ligados con la autovaloración de calidad de vida ya que de esto depende el tipo de percepción que tenga el individuo hacia su exterior.

Meeberg (1993), citado por Urzúa y Caqueo (2012), menciona es necesario sintetizar elementos para diferenciar calidad de vida de otros conceptos.

- Sentimientos de satisfacción con la vida en general
- Capacidad mental para evaluar la vida propia como satisfactoria o no satisfactoria
- Aceptable estado de salud físico, mental, social y emocional determinado por los sujetos.
- Una evaluación objetiva realizada por una persona sobre las condiciones de vida.

Por otra parte, en la actualidad el concepto de calidad de vida incorpora varias ramas de estudio a su investigación como lo menciona Cummins (2004) influyen tres ramas la economía, medicina y ciencias sociales cada una de estas disciplinas han sido parte transcendental para que los estudios a través de los años han ido avanzando investigaciones acerca de la calidad de vida y creando nuevos puntos

de vista acerca de este concepto. Urzúa y Caqueo citan diversos conceptos de calidad de vida:

Lawton, menciona que calidad de vida es una evaluación multidimensional, de acuerdo a criterios interpersonales y socio- normativos, del sistema personal y ambiental del individuo (2001).

Concuerda con Haas que manifiesta que calidad de vida es una evaluación multidimensional de circunstancias individuales de vida en el contexto cultural y valórico al que se pertenece (1999).

Por estas conceptualizaciones a lo largo de la historia se puede determinar que la calidad de vida se ha definido como las condiciones de vida que tiene el individuo y el nivel de satisfacción que tiene hacia ellas, por las cuales es la compilación de diferentes factores los cuales son de manera subjetiva y objetiva en algunos casos también se ven inmiscuidos factores fuera de los alcances del individuo como es la cultura, la religión, la clase social, creencias personales, siendo en muchas ocasiones factores psicológicos limitantes para que el ser humano tenga percepción de la calidad de vida baja, por ejemplo se las determina como la combinación de condiciones de vida, y satisfacción personal, es por ello que estas varían a lo largo del ciclo de la vida del ser humano dependiendo las expectativas y aspiraciones que tenga el individuo para que así estas cambien y mejoren elevando las condiciones de vida del mismo por ello llega a cubrir necesidades básicas y logra obtener una mejor calidad de vida.

Núñez., Tobón., Arias., Hidalgo., Santoyo., Hidalgo., & Rasmussen, en su investigación cita a Tonón (2006), indica su definición de la calidad de vida y menciona que es la unión de varios aspectos para poder determinar la calidad de vida, y son el bienestar físico, bienestar psicológico, relacionado con las necesidades materiales y socioafectivas. Además calidad de vida se define más ampliamente incluyendo la descripción de las circunstancias de una persona (condición objetiva), así como sus percepciones y sentimientos, considerados ambos como las reacciones ante dichas circunstancias condición subjetiva (2010).

Concordando en teorías que hay dos factores trascendentales para determinar el concepto multidimensional de la calidad de vida determinándolo en condición

objetiva y subjetiva, siendo la unión de aspectos como por ejemplo percepciones, aspiraciones, necesidades, expectativas que el individuo experimente frente al entorno social y su dinámica dependiendo el contexto.

Se destaca la definición de calidad de vida según la OMS citado por Núñez, et al. (2010):

“Percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con objetivos, expectativas, normas, inquietudes, es un concepto amplio influido por la salud física, estado psicológico, nivel de independencia, entorno social” (p.41-48).

Como se habla de los elementos que forman parte de una buena calidad de vida también es necesario mencionar cuales son los factores que impiden el desarrollo de la calidad de vida y Núñez, et al. (2010) destacan lo que Aguilera 2004 habla acerca de las barreras en la accesibilidad a los sistemas de salud, lo que compromete sin lugar a dudas una mejor calidad de vida además también interviene la accesibilidad geográfica, económica, cultural y administrativa.

Estos son solamente algunos de los factores que pueden intervenir a las comodidades de accesibilidad a una buena calidad de vida, ya que estos mencionados son los principales por lo que producen vulnerabilidad en los individuos de una localidad específica, ya que a falta de estos factores vitales son asociados directamente con la pobreza y con esto acarrea varias desventajas para obtener una buena calidad de vida, sin dejar de lado que el termino global calidad de vida a más de asociarse a los factores externos como materiales y comodidades, están ligados al bienestar físico, psíquico y espiritual que son factores netamente individuales es decir la persona es dueño de sus propias creencia, y valores (Schwartzmann, 2003).

Tobon y Núñez que mencionan que calidad de vida implica bienestar biológico, físico, psicológico y social (2000). Pues además Aguilar citado por Núñez, et al. manifiesta que calidad de vida es la posibilidad que tiene una persona, una familia o una comunidad, de alcanzar el bienestar y la satisfacción de todas sus necesidades (2010).

Pues Riveros, Cortazar, Alcazar y Sánchez (2005), menciona que “es un estado de salud satisfactorio siendo un elemento medular para el desempeño de cualquier actividad, por lo que su afectación también altera el funcionamiento cotidiano de la vida diaria” (p. 447).

Por lo que se puede llegar a una conclusión lo cual se determina diferentes conceptos de calidad de vida los cuales concuerdan en la misma teoría con diferentes explicaciones, la compilación sería que la calidad de vida es la relación coexistente entre componentes objetivos, y componente subjetivos, los cuales los componentes objetivos se refieren al nivel de vida dependiendo exclusivamente de condiciones materiales económicas, mientras que el componente subjetivo se trata de satisfacción, expectativas positivas y felicidad, para que así uno y otro busquen un equilibrio biopsicosocial en el individuo y buena calidad de vida.

2.10. FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS

2.10.1.. Hipótesis alterna HI o H1:

Los Niveles de Autoeficacia influyen en la Calidad de Vida de los pacientes de Consulta Externa del Departamento Psicológico del Centro de Salud N° 2.

2.10.2. Hipótesis Nula HO:

Los Niveles de Autoeficacia no influyen en la Calidad de Vida de los pacientes de Consulta Externa del Departamento Psicológico del Centro de Salud N° 2.

2.11. SEÑALAMIENTO VARIABLES DE LA HIPÓTESIS

2.11.1. Variable independiente: Los niveles de Autoeficacia

2.11.2. Variable dependiente: La calidad de vida

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Enfoque

La presente investigación es predominantemente desarrollada por el paradigma cualitativo, puesto que busca reconocer el efecto de los niveles de autoeficacia en la calidad de vida en los pacientes del centro de salud n°2, tomando en cuenta factores sociales, culturales y enfocado principalmente a la salud ya que el campo de acción donde se va a realizar el mismo es clínico.

Además se presenta también en un enfoque cuantitativo ya que los resultados de la investigación se analizan estadísticamente, identificando los porcentajes de cada una de las variables del tema en estudio, pues para fundamentar Lincoln y Denzin (1994), mencionan que la investigación cualitativa se la realiza en diferentes campos como interdisciplinar, transdisciplinar y en ocasiones contradisciplinar, por ende este enfoque está sometido a la perspectiva naturalista y la comprensión interpretativa de la experiencia humana siendo principalmente inductiva ya que el investigador da un énfasis de suma importancia a la investigación que está realizando con un lineamiento humanista.

3.2. Modalidad Básica De La Investigación

En la presente investigación se desarrollara la investigación de Campo y la investigación Bibliográfica – Documental.

3.2.1. Investigación De Campo

Según menciona Herrera, Medina y Naranjo (2004), la investigación de campo es el estudio directo de los factores reales del lugar en donde se producen, por ende el investigador es el receptor principal de estos factores que se presentan, para poder así establecer una relación con la información de acuerdo con los objetivos a estudiarse.

Siendo así herramienta fundamental para describir la realidad del determinado lugar a investigación, y poder determinar las causas y efectos que produzcan además este tipo de investigación se apoya directamente de herramientas como son de entrevistas, encuestas, test y de la observación para así identificar cuáles son las causas del problema que se propone en esta investigación, por ende en el presente estudio se aplicara la investigación de campo puesto que permite obtener datos reales de los pacientes del centro de salud N°2, a través de los reactivos psicológicos que se aplico a la población ya mencionada.

3.2.2. Investigación Bibliográfica-Documental

Según Fidias y Arias (2012), determina que la investigación documental es un proceso basado en el análisis, críticas e interpretación de datos recuperados de citas de información para así poder plasmar las ideas de diferentes fuentes y realizar una comparación de ideas y relacionarlas consolidando la información y dar un aporte crítico acerca de lo investigado, se lo puede encontrar mediante fuentes impresas, audiovisuales, electrónicas.

Siendo principal que en este estudio se apoya en fuentes de carácter documental realizando una recopilación selección y análisis adecuado de datos encontrados en libros, artículos o ensayos, revistas y periódicos, tesis.

3.3. Nivel o tipo de investigación

3.3.1. Investigación exploratoria

El objetivo principal de la investigación exploratoria es captar una perspectiva general del problema. Para poder analizarla con el contexto que se presenta en el lugar indicado y poder conocerla realizando un análisis profundo. Siendo así que Pérez (2002), fundamenta que es un análisis del contexto a través de una marco conceptual previo a recolectar la información con registros, notas, hoja de resúmenes y se dé el primer paso a la reducción de datos.

Entonces se determina que esa investigación ayuda al conocimiento más a fondo del fenómeno que se está presentando en la investigación, a tener un panorama más claro acerca de lo que se va a determinar e identificar en el presente estudio.

3.3.2. Investigación descriptiva

La investigación utilizada es de tipo descriptiva debido que analizo las situaciones, costumbres y actitudes predominantes de nuestro objeto de estudio a través de las actividades, objetos, procesos y personas involucradas. Se procede a reducir más la información para que así los datos sean específicos y formar patrones de datos lo que implica un nivel de reducción de los mismos.

Según Rodríguez (2005), menciona que es la descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual, composición o procesos de fenómenos, ya que el enfoque se realiza a base de las conclusiones dominantes o sobre el fenómeno descubierto.

3.3.3. Diseño Transversal

Es una investigación transversal ya que es un estudio de rápida ejecución y factible control en un periodo corto de tiempo donde la recolección de datos se realiza en una sola ocasión.

Este diseño es útil para evaluar necesidades del cuidado de la salud y para el planeamiento de un servicio, ya que estos están diseñados para medir prevalencia de una exposición o resultados en una definida en un tiempo determinado, además no involucra ningún tipo de seguimiento.

Pérez (2002), menciona que es un diseño netamente observacional de base individual ya que lo conforma un doble componente que es el descriptivo y analítico, y este lo conforman varios elementos: individuos de estudio, lugar, tiempo, factor de riesgo.

3.3.4. Investigación asociación de variables

La utilidad y el propósito principal de los estudios correlacionales es saber cómo se pueden comportar un concepto o variable conociendo el comportamiento de otras variables relacionadas. Es decir investigar cuales serian las predicciones de

que efectos tiene la variable independiente sobre la variable dependiente por ello se podrá destacar como influyen los niveles de autoeficacia en la calidad de vida de los pacientes determinar comportamientos o patrones que lo generan de la población ya definida.

3.3.5. Investigación explicativa

Las investigaciones explicativas proporcionan un sentido de entendimiento del fenómeno a que hacen referencia, son más estructuradas que las demás clases de estudios y de hecho implican los propósitos de ellas.

Por ende para este tipo de investigación se necesita de la aplicación de reactivos psicológicos y recolección de datos reales para que tenga una valedera sustentación, para que con los resultados aportar a la problemática investigada y mediante técnicas psicológicas intervenir, pues se procederá al estudio a fondo de cada una de las variables, para la respectiva verificación de hipótesis.

3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

Herrera, et al. (2004), determina a la población la totalidad de elementos a investigar respecto a ciertas características.

La investigación fue realizada con los pacientes que acuden a consulta externa al Departamento de Psicología del centro de salud N°2 de la ciudad de Ambato ubicado en la Simón Bolívar, realizado durante los meses de Noviembre 2014 y Enero 2015 reuniéndose un total de 80 sujetos participantes. Por tal razón no se extrajo muestra alguna, y se trabajó con el total de la población escogida para la realización del estudio de campo.

3.5. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

3.5.1. Criterios de Inclusión

Para la presente investigación, se incluirán:

- Pacientes definidos como población = o > de 16 años de edad, que desee voluntariamente participar en la investigación, y que asistan al centro de salud N°2 de la ciudad de Ambato.

3.5.2. Criterios de Exclusión

- Pacientes con retraso mental o alguna alteración del estado cognitivo
- Pacientes con discapacidad auditiva o del lenguaje.

3.5.3. Aspectos Éticos

Para la presente investigación se realizó una ficha de datos informativos cuales se tomara absoluta reserva, para el estudio no se utiliza ningún dato como nombre o apellidos de los paciente, además de esto se realizó un consentimiento informado para notificarle al paciente que ningún dato informativo se tomara en cuenta a la hora de mostrar los respectivos resultados de la investigación.

3.6. OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

3.6.1. Tabla Variable Independiente: Niveles de autoeficacia

CONCEPTUALIZACIÓN	CATEGORIAS	INDICADORES	ITEMS BÁSICOS	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN
La autoeficacia es la capacidad propia de cada individuo para poder sobrellevar las dificultades que se le presentan en la vida cotidiana y así mismo darse cuenta hasta dónde puede llegar. Por lo que la teoría menciona que la autoeficacia se	Altas expectativas de autoeficacia generalizada	Confianza en sus propias capacidades para dominar diferentes tipos de demandas. Tendencia a interpretar las demandas y problemas más como retos que como amenazas o sucesos subjetivamente incontrolables.	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? 4.¿Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados?	Escala de autoeficacia generalizada Elaborada por Schwarzer & Jerusalem (1993)

distingue entre altas expectativas y bajas expectativas (Bandura, 1986).		Tendencia a encarar demandas estresantes con confianza.	<p>8. ¿Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario?</p> <p>9. ¿Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre que debo hacer?</p>	Observación directa
	Bajas expectativas de autoeficacia generalizadas	<p>Son propensos a las dudas sobre sí mismos.</p> <p>Tienden a interpretar los problemas o dificultades como situaciones amenazantes.</p> <p>Son más vulnerables ante experiencias adversas porque tienden a preocuparse.</p>	<p>7. ¿Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo?</p> <p>3. ¿Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar a alcanzar mis metas?</p> <p>5. ¿Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas?</p> <p>6. ¿Cuándo me encuentro en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para</p>	Entrevista

			enfrentarlas? 10. ¿Al tener que hacer frente a un problema. Generalmente se me ocurre que debo hacer?	
--	--	--	--	--

Tabla 1 :Operacionalización de la variable independiente

Elaborado por: Sánchez A, 2015

3.6.2. Variable Dependiente: Calidad de vida

CONCEPTUALIZACIÓN	CATEGORIAS	INDICADORES	ITEMS BÁSICOS	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN
<p>La calidad de vida es la conjunción de un estado de bienestar general, evaluaciones subjetivas de función física, rol físico, bienestar corporal, salud general, vitalidad, salud mental, y emocional junto con el desarrollo personal. (Ferrans ,1990)</p>	<p>Función Física (FF)</p>	<p>Grado en el que la falta de salud limita las actividades físicas de la vida diaria.</p>	<p>3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades que usted puede hacer durante un día normal. ¿Su estado de salud actual lo/la limita en estas actividades? Si es así, ¿cuánto?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Actividades intensas • Actividades moderadas • Levantar o llevar bolsas • Subir por escaleras • Arrodillarse, agacharse 	<p>Cuestionario SF-36 sobre su estado de salud , versión 1.2</p> <p>Elaborada por: Alonso J, Prieto L,</p>

			<ul style="list-style-type: none"> • Caminar 10 cuadras, 5 cuadras, 1 cuadra • Bañarse o vestirse 	y Antó JM. (1995)
	Rol Físico (RF)	Grado en el que la falta de salud interfiere en el trabajo y otras actividades diarias.	<p>4. Durante las últimas cuatro semanas, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades diarias normales a causa de su salud física?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Ha disminuido usted el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades? • ¿Ha podido hacer menos de lo que usted hubiera querido hacer? • ¿Se ha visto limitado/a en el tipo de trabajo u otras actividades? • ¿Ha tenido dificultades en realizar su trabajo u otras actividades (por ejemplo, le ha costado más esfuerzo)? 	Entrevista, Observación

	<p>Dolor corporal (D)</p>	<p>Medida en la intensidad del dolor padecido y su efecto en el trabajo habitual y en las actividades del hogar</p>	<p>7. ¿Cuánto dolor físico ha tenido usted durante las últimas cuatro semanas?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ninguno • Muy poco • Poco • Moderado • Mucho • Muchísimo <p>8. Durante las últimas cuatro semanas, ¿cuánto ha dificultado el dolor su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera del hogar como las tareas domésticas)?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nada en absoluto • Poco • Moderadamente • Bastante • Extremadamente 	
--	-------------------------------	---	--	--

	Salud General (SG)	Valoración personal del estado de salud que incluye la situación actual perspectivas futuras y la resistencia a enfermar	<p>1. En general, ¿diría usted que su salud es:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Excelente • Muy buena • Buena • Regular • Mala <p>11. ¿Cómo le parece cada una de las siguientes afirmaciones?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Me parece que me enfermo más fácilmente que otras personas. • Estoy tan sano/a como cualquiera • Creo que mi salud va a empeorar. • Mi salud es excelente 	

	Vitalidad (V)	Sentimiento de energía y vitalidad frente a de cansancio y desánimo	<p>9. Las siguientes preguntas se refieren a cómo se siente usted y cómo le han salido las cosas durante las últimas 4 semanas. En cada pregunta, por favor elija la respuesta que más se aproxime a la manera como se ha sentido usted.</p> <p>¿Cuánto tiempo durante las últimas cuatro semanas...</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se ha sentido lleno/a de vitalidad? • ha tenido mucha energía? • se ha sentido agotado/a? • se ha sentido cansado/a? • 	
	Función Social (FS)	Grado en que los problemas físicos o emocionales derivados de la falta de salud interfieren en la vida	<p>6. Durante las últimas cuatro semanas, ¿en qué medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales normales con su familia, amigos, vecinos u otras personas?</p>	

		social habitual	<ul style="list-style-type: none"> • Nada en absoluto • Ligeramente • Modernamente • Bastante • Extremadamente <p>10. Durante las últimas cuatro semanas, ¿cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Siempre • Casi siempre • Algunas veces • Casi nunca • Nunca 	
--	--	-----------------	--	--

	<p>Rol Emocional (RE)</p>	<p>Grado en el que los problemas emocionales afectan al trabajo y otras actividades diarias</p>	<p>5. Durante las últimas cuatro semanas, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades diarias normales a causa de algún problema emocional (como sentirse deprimido/a o ansioso/a)?</p> <ul style="list-style-type: none"> • ¿Ha disminuido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades? • ¿Ha podido hacer menos de lo que usted hubiera querido hacer? • ¿Ha hecho el trabajo u otras actividades con menos cuidado de lo usual? 	
--	------------------------------------	---	--	--

	Salud mental (SM)	Valoración de la salud mental general, considerando la depresión, ansiedad autocontrol, bienestar general	<p>9. Las siguientes preguntas se refieren a cómo se siente usted y cómo le han salido las cosas durante las últimas 4 semanas. En cada pregunta, por favor elija la respuesta que más se aproxime a la manera como se ha sentido usted.</p> <p>¿Cuánto tiempo durante las últimas cuatro semanas...</p> <ul style="list-style-type: none"> • ha estado muy nervioso/a? • se ha sentido con el ánimo tan decaído/a que nada podría animarlo/a? • se ha sentido tranquilo/a y sereno/a? • se ha sentido desanimado/a y triste? • se ha sentido feliz? 	
		Percepción del propio individuo acerca del	2. calificaría usted su estado general de salud actual, comparado con el de hace un año?	

	Transición de salud (TS)	estado de salud actual comparado con el de hace un año atrás.	<ul style="list-style-type: none"> • Mucho mejor que ahora • Algo mejor ahora • Mas o menos igual ahora • Algo peor ahora • Mucho peor ahora 	
--	---------------------------------	---	---	--

Tabla 2: Operacionalización de la variable dependiente

Elaborado por: Sánchez A, 2015.

3.7. RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Herrera, L. et al , señalan que “Metodológicamente para la construcción de la información se opera en dos fases: plan para la recolección de información y plan para el procesamiento de información.” (2014).

Este plan contempla estrategias metodológicas requeridas por los objetivos e hipótesis de investigación, considerando los siguientes elementos:

- **Definición de los sujetos: personas u objetos que van a ser investigados.**

Pacientes de la ciudad de Ambato del centro de salud N°2 de consulta externa del departamento psicológico y que se encuentren dentro de los criterios de inclusión y exclusión.

- **Selección de las técnicas a emplear en el proceso de recolección de información.**

Se elaboro una ficha de datos informativos para tomar datos referenciales como fecha, edad, sexo y el consentimiento informado en el cual se le informa al paciente de que se trata la investigación la cual participará. Además de este se utiliza la técnica de investigación por medio de reactivos psicológicos, por medio de las cuales se identificaran mediante la escala de autoeficacia y el cuestionario de la calidad de vida del paciente.

3.7.1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

Los instrumentos a ser utilizado para la recolección de datos en el presente estudio son:

Para la variable independiente: La Escala de Autoeficacia General creada por Schwarzer & Jerusalem (1993).

Descripción:

Cid ., Orellana., y Barriga (2010) destacan que la escala General de autoeficacia fue creada en 1979 por Schwarzer y Jerusalem en Alemania, la cual mide la percepción que tiene la persona respecto de sus capacidades para manejar en su vida daría diferentes, situaciones estresantes, en el años de 1993 se tradujo a la versión español con adaptaciones culturales, pues a través de los estudios realizaron la escala mostro empíricamente su confiabilidad y validez convergente y discriminante, además se correlaciono positivamente con el autoestima, calidad de vida, personalidad resistente, satisfacción con el trabajo, mientras que se mostro negativamente con la depresión y ansiedad.

una medida de auto reporte de 10 ítems que fue diseñada para evaluar la autoeficacia general. Se conforma de 10 reactivos con un puntaje mínimo de 10 puntos y un máximo de 40 puntos. Las respuestas son tipo Likert donde el individuo responde cada reactivo de acuerdo a lo que ella percibe de su capacidad en el momento. El coeficiente de alfa Cronbach de la EAG es 0,84 indica que el 84% de la variabilidad de las puntuaciones obtenidas representa diferencias entre las personas.

Respuesta	Puntaje
Incorrecto	1 punto
Apenas Cierto	2 puntos
Mas Cierto	3 puntos
Cierto	4 puntos

Tabla 3: Escala de Autoeficacia.

Siendo así que esta escala a mayor puntaje mayor autoeficacia general percibida y viceversa.

Para la variable dependiente: Cuestionario SF-36 sobre su estado de salud versión 1.2. El autor original es Ware y Sherbourne. Y los autores de la versión en español son Alonso , Prieto, y Antó (1995).

Descripción:

El cuestionario es de origen estadounidense, incluyen 36 ítems agrupado en 8 escalas, en su idioma original mostro confiabilidad y validez de

aparición de contenido de criterio y de constructo. Se la utilizo en un proyecto llamado International Quality of Life Assessment IQOLA. La primera versión en español fue la española que obtuvo coincidencia completa. Tras no existir ningún estudio para Colombia se realizó el estudio de valorar consistencia interna y su fiabilidad, por ende para la presente investigación se tomo en cuenta esta validación debido al contexto de donde nos encontramos ya que se puede determinar que es población latinoamericana por ende existen similares costumbres, y se utilizo el Cuestionario SF-36 sobre su estado de salud (español, Colombia), versión 1.2.

ESCALA	N° PREGUNTA
Función física	3
Rol físico	4
Dolor Corporal	7, 8
Salud General	1, 11
Vitalidad	9
Función Social	6, 10
Rol Emocional	5
Salud Mental	9
Transición de Salud	2

Tabla 4: Escala de Calidad de Vida

- **Selección de recursos de apoyo (equipos de trabajo).** Para la elaboración de la presente investigación se cuenta con el apoyo de profesionales en la materia quienes facilitarán la información necesaria para llevar a cabo la investigación.

Validez y confiabilidad

- Escala de Autoeficacia Generaliza: El coeficiente de alfa Cronbach es de 0,84 es decir que posee el 84% de validez y confiabilidad.
- Cuestionario de salud SF-36: El coeficiente de alfa Cronbach es de 0,86 es decir que posee el 86% de validez y confiabilidad.

3.8. PLAN DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

PREGUNTAS BASICAS	EXPLICACIÓN
1. ¿Para qué	Para comprobar o descartar la hipótesis planteada en la investigación
2. ¿De qué personas u objetos?	De 80 pacientes del centro de Salud N° 2 de la ciudad de Ambato
3. ¿Sobre qué aspectos?	Variable independiente: Niveles de autoeficacia Variable dependiente: calidad de vida
4. ¿Quién? ¿Quiénes?	La investigadora Adriana Sánchez
5. ¿A Quiénes?	Pacientes del centro de salud N°2.
6. ¿Cuándo?	Periodo de Noviembre 2014 a Enero 2015
7. ¿Dónde?	Centro de salud N°2 de la ciudad de Ambato
8. ¿Cuántas veces?	Se aplico los reactivos psicológicos por una sola vez
9. ¿Cómo? ¿Qué técnicas de recolección?	Psicométrica
10. ¿Con qué?	La escala de autoeficacia generaliza de

	Schwarzer y Jerusalem (1993) El cuestionario de salud SF-36. Alonso J, Prieto L, y Antó JM. (1995)
--	---

Tabla 5: Plan de recolección de información

Elaborado por: Sánchez A, 2015.

3.9. PLAN DE PROCESAMIENTO DE INFORMACION

PREGUNTAS BASICAS	EXPLICACIÓN
1. ¿Para qué	Para comprobar o descartar la hipótesis planteada en la investigación
2. ¿De qué personas u objetos?	De 80 pacientes del centro de Salud N° 2 de la ciudad de Ambato
3. ¿Sobre qué aspectos?	Variable independiente: Niveles de autoeficacia Variable dependiente: calidad de vida
4. ¿Quién? ¿Quiénes?	La investigadora Adriana Sánchez
5. ¿A Quiénes?	Pacientes del centro de salud N°2.
6. ¿Cuándo?	Periodo de Noviembre 2014 a Enero 2015
7. ¿Dónde?	Centro de salud N°2 de la ciudad de Ambato
8. ¿Cuántas veces?	Se aplico los reactivos psicológicos por una sola vez
9. ¿Cómo? ¿Qué técnicas de recolección?	Psicométrica

10. ¿Con qué instrumento?	Método estadístico Chi cuadrado

Tabla 6: Plan de procesamiento de información

Elaborado por: Sánchez A, 2015.

Plan de procesamiento de información

Una vez que se tenga los datos se procederá a lo siguiente.

- Revisión crítica de la información recogida. Es decir limpieza de información defectuosa: contradictoria, incompleta, no pertinente, etc.
- Repetición de la recolección. En ciertos casos individuales, para corregir fallas de contestación.
- Tabulación o cuadros según variables de cada hipótesis: manejo de información, estudio estadístico de datos para presentación de resultados.
- Manejo de información, reajuste de datos no significativos para que no interfieran en el análisis.
- Proceso estadístico de datos para la presentación de resultados.

Plan de análisis e interpretación de resultados

- Análisis de los resultados estadísticos. Destacando tendencias o relaciones fundamentales de acuerdo con los objetivos e hipótesis.
- Interpretación de los resultados. Con apoyo del marco teórico, en el aspecto pertinente.
- Comprobación de hipótesis. El método estadístico de comprobación de hipótesis es la distribución chi cuadrado.
- Elaboración de conclusiones y recomendaciones de los resultados obtenidos
- Elaborar una propuesta de solución al problema de investigación.

CAPÍTULO IV

4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

4.1. Anexo 1

ESCALA DE AUTOEFICACIA

AUTOEFICACIA	PERSONAS	PORCENTAJE
Muy bajo	0	0%
Bajo	7	8,75%
Media	20	25%
Alta	53	66,25%
TOTAL	80	100%

Tabla 7: Niveles de Autoeficacia

Elaborado por: Sánchez A, 2015.

ANÁLISIS CUANTITATIVO

Del total de personas evaluadas se a encontrado que el 66,25% presenta nivel alto de autoeficacia, el 25% muestra un nivel medio, mientras que el 8,75% demuestra que tiene un nivel bajo de autoeficacia, y el 1 0% un nivel muy bajo de autoeficacia.

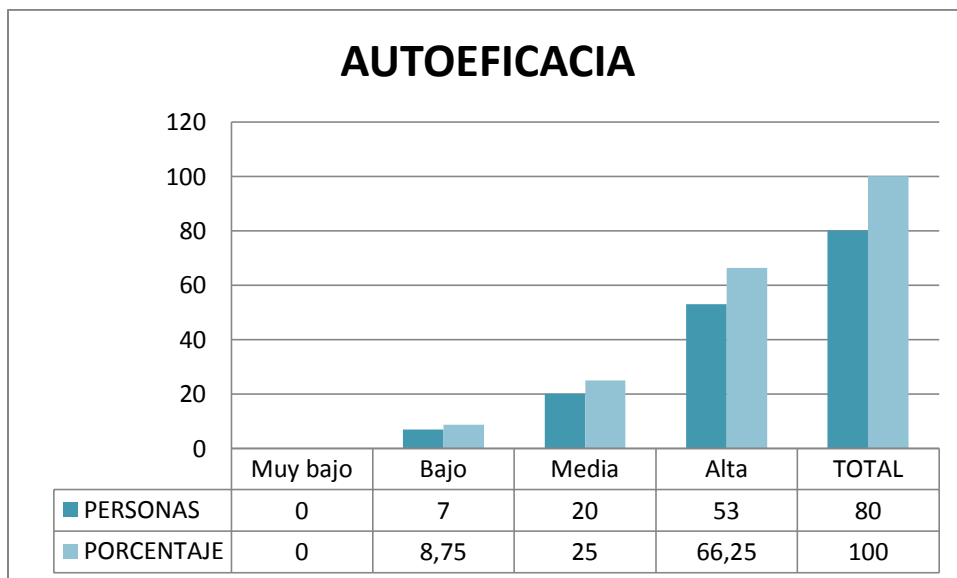


Gráfico 7: Niveles de Autoeficacia

Elaborado por: Sánchez A, 2015.

INTEPRETACION

En la gráfica se observa que en un alto porcentaje las personas mostraron altas expectativas de autoeficacia lo que significa que poseen creencias de conseguir un objetivo propuesto a pesar de las adversidades o problemas que presenten, mientras que una cuarta parte de la población evaluada muestra tener un autoeficacia nivel medio lo que indica que los individuos no tengan la completa creencia de poder realizar el objetivo propuesto, además en un porcentaje mínimo se observa que las personas presentaron un nivel bajo de autoeficacia caracterizado por no tener las creencias muy bien establecidas para poder conseguir una solución a los problemas que se le presenten.

1. Puedo encontrar la manera de obtener lo que quiero aunque alguien se me oponga?

VARIABLE	PACIENTES	PORCENTAJE
Incorrecto	7	9%
Apenas cierto	22	28%
Mas cierto	16	20%
Cierto	35	44%
TOTAL	80	100%

Tabla 8

Elaborado por: Sánchez A, 2015.

ANÁLISIS CUANTITATIVO

De los 80 pacientes encuestados se pudo evidenciar en primer lugar con el 44% han respondido Cierto, con el 28% Apenas cierto, el 20% han respondido la opción más cierto y con el 9% con incorrecto.

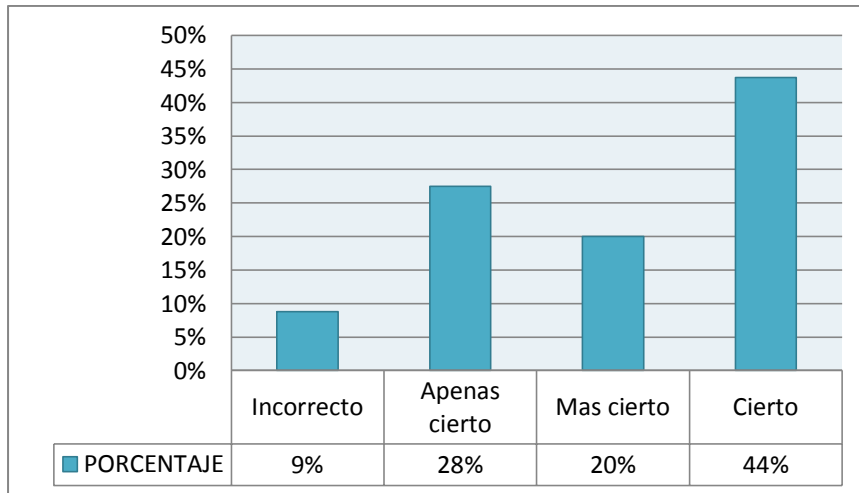


Gráfico 8

Elaborado por: Sánchez A, 2015.

INTERPRETACION

Los resultados reflejan que casi la mitad de la población evaluada creen que pueden conseguir lo que se propongan aunque algún inconveniente se presente esto evidencia que hay índices que predominan de motivación hacia conseguir el objetivo planteado por el paciente

2. Puedo resolver problemas difíciles si me esfuerzo lo suficiente?

VARIABLE	PACIENTES	PORCENTAJE
Incorrecto	6	8%
Apenas cierto	10	13%
Más cierto	10	13%
Cierto	54	68%
TOTAL	80	100%

Tabla 9

Elaborado por: Sánchez A, 2015.

ANÁLISIS CUANTITATIVO

Del 100% de la población se evidencia que el 68% de los pacientes han mencionado que es cierto, el 13% menciona que es mas cierto, el 13% reflejo con su respuesta de apenas cierto y con el 8% ha respondido con incorrecto.

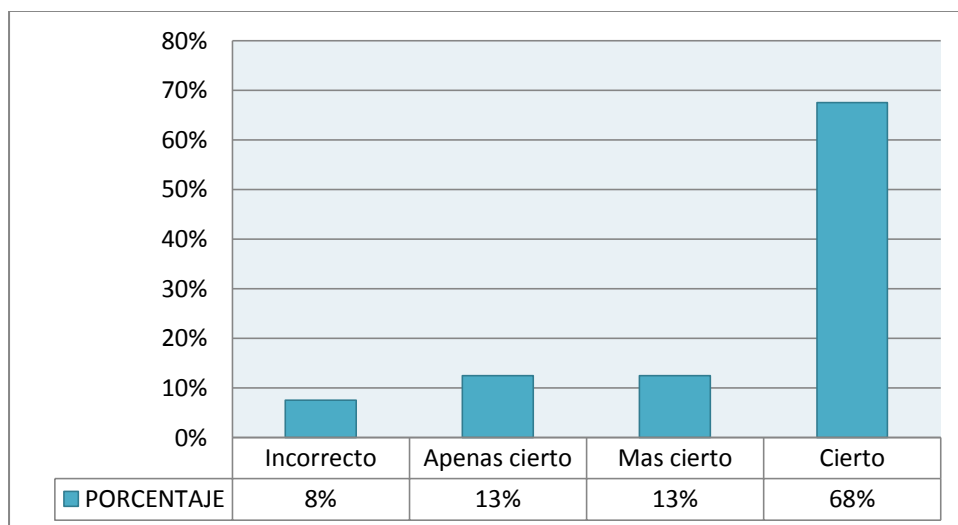


Gráfico 9

Elaborado por: Sánchez A, 2015.

INTERPRETACION

Se puede reflejar en los resultados que existe una mayoría notoria en creer poder resolver los problemas, así este recaude de esfuerzos, siendo factor fundamental para la formación de la autoeficacia.

3. Me es fácil persistir en lo que me he propuesto hasta llegar alcanzar mi meta?

VARIABLE	PACIENTES	PORCENTAJE
Incorrecto	5	6%
Apenas cierto	15	19%
Mas cierto	16	20%
Cierto	44	55%
TOTAL	80	100%

Tabla 10

Elaborado por: Sánchez A, 2015.

ANÁLISIS CUANTITATIVO

Del 100% de la población evaluada se evidencia que el 55% de pacientes han contestado con Cierto, seguido con el 20% con Mas cierto, sin diferencia alguna al 19% con Apenas cierto y por último se refleja que un 6% ha elegido la respuesta Incorrecto.

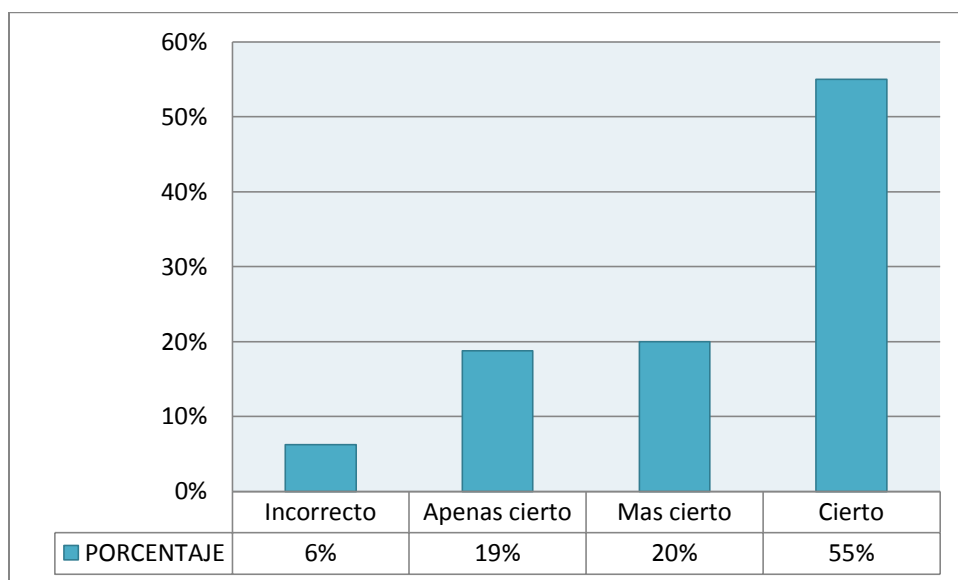


Gráfico 10

Elaborado por: Sánchez A, 2015.

INTERPRETACION

Con el análisis del gráfico se puede verificar que con la mitad de la población evaluada, se considera que le es fácil persistir en conseguir logros personales hasta poder conseguirlos completamente siendo fuente formación de autoeficacia

4. Tengo confianza en que podría manejar eficazmente acontecimientos inesperados?

VARIABLE	PACIENTES	PORCENTAJE
Incorrecto	6	8%
Apenas cierto	15	19%
Mas cierto	20	25%

Cierto	39	49%
TOTAL	80	100%

Tabla 11

Elaborado por: Sánchez A, 2015.

ANÁLISIS CUANTITATIVO

Del 100% de la población el 49% se refleja sus respuestas con Cierto, el 25% con Mas cierto, el 19% con apenas cierto y por ultimo con el 8% con Incorrecto.

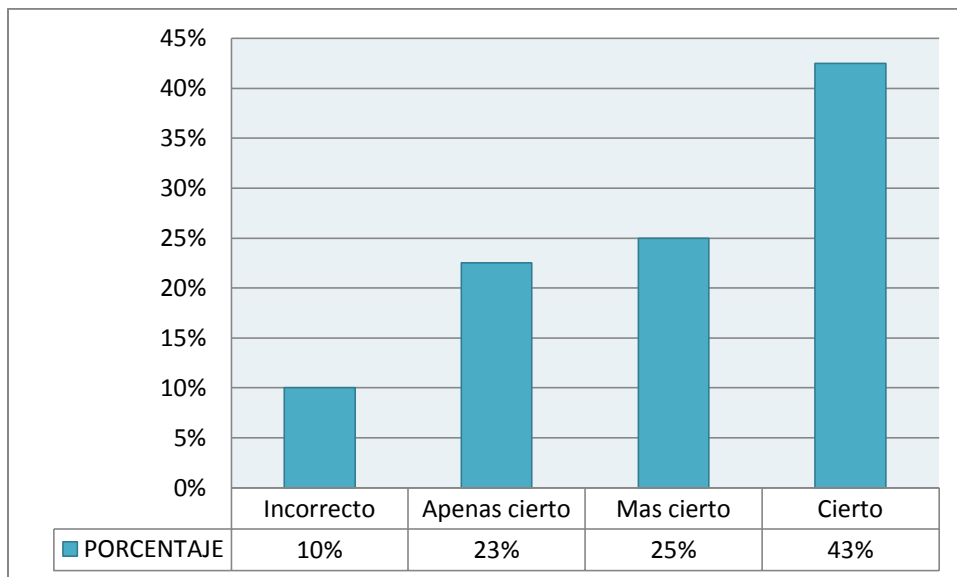


Gráfico 11

Elaborado por: Sánchez A, 2015.

INTERPRETACION

Con el análisis del grafico de barras se puede determinar que no tiene una gran diferencia entre los resultados, ya que la confianza es parte principal para fomentar altos niveles de autoeficacia, pero se ha destacado también la respuesta de “Apenas cierto”, la que refleja también que no existe una mayoría total hacia la respuesta Cierto.

5. Gracias a mis cualidades y recursos puedo superar situaciones imprevistas?

VARIABLE	PACIENTES	PORCENTAJE
Incorrecto	8	10%
Apenas cierto	18	23%
Mas cierto	20	25%
Cierto	34	43%
TOTAL	80	100%

Tabla 12

Elaborado por: Sánchez A, 2015.

ANÁLISIS CUANTITATIVO

Del 100% de la población evaluada, en primer lugar destaca el 43% con la respuesta Cierto, el 25% con Mas cierto, el 23% con Apenas cierto y el 10% con la respuesta Incorrecto.

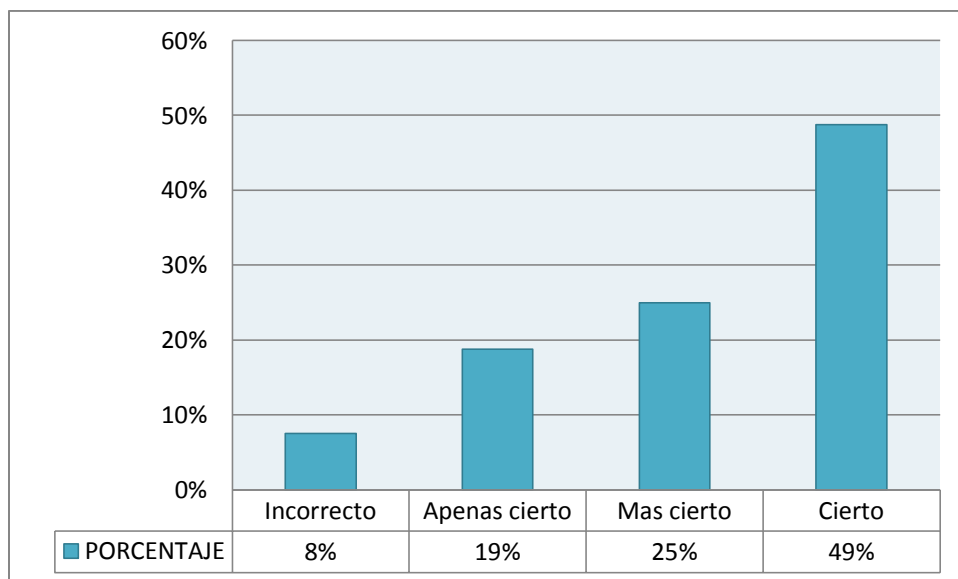


Gráfico 12

Elaborado por: Sánchez A, 2015.

INTERPRETACION

Tener la capacidad de creer en sí mismo es parte esencial ya que así se forman las creencias de saber que lograra conseguir metas y objetivos planteados, por tanto el

porcentaje es elevado de pacientes que tienen esta idealización en relación a los que se sienten en cierta duda que si pueden conseguir sus logros, y además se puede evidenciar que cierto porcentaje aunque no sea significativo mencionan que es incorrecto.

6. Cuando me encuentre en dificultades puedo permanecer tranquilo/a porque cuento con las habilidades necesarias para enfrentarlas?

VARIABLE	PACIENTES	PORCENTAJE
Incorrecto	7	9%
Apenas cierto	14	18%
Mas cierto	23	29%
Cierto	36	45%
TOTAL	80	100%

Tabla 13

Elaborado por: Sánchez A, 2015.

ANÁLISIS CUANTITATIVO

Del 100% de la población se ha verificado que el 45% menciona que es cierto que mantiene la calma al momento de alguna dificultad, el 29% menciona que mas cierto, el 18% apenas cierto, y el 9% menciona que es incorrecto esta afirmación.

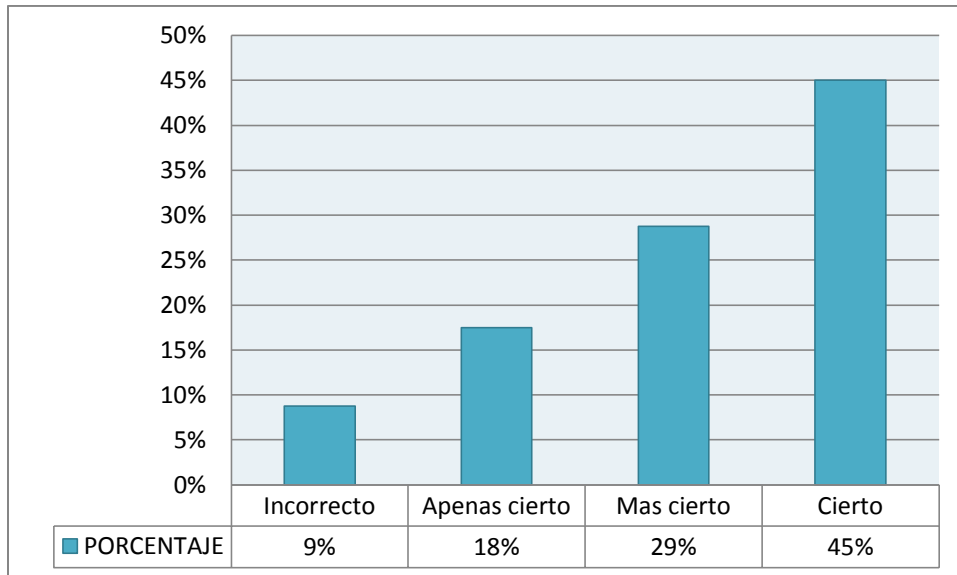


Gráfico 13

Elaborado por: Sánchez A, 2015.

INTERPRETACIÓN

Se observa el grafico el cual nos indica que esta afirmación es cierta para la mitad de la población evaluada siendo que se refleja que se sienten tranquilos al instante de que se presenten problemas ya que creen encontrar la solución sin ninguna dificultad, pero sin dejar de lado lo que un porcentaje significativo que ha respondido a esta afirmación con mas cierto, y apenas cierto con cierta relación, hacia las creencias centrales del paciente ya que son eje principal de esta afirmación.

7. Venga lo que venga, por lo general soy capaz de manejarlo?

VARIABLE	PACIENTES	PORCENTAJE
Incorrecto	5	6%
Apenas cierto	12	15%
Mas cierto	13	16%
Cierto	50	63%
TOTAL	80	100%

Tabla 14

Elaborado por: Sánchez A, 2015.

ANÁLISIS CUANTITATIVO

Del 100% de la población evaluada se puede destacar que un 63% ha respondido a esta afirmación con un Cierto, el 16% con Mas cierto, un 15% menciona que es Apenas cierto esta afirmación y un 6% refleja que es incorrecta.

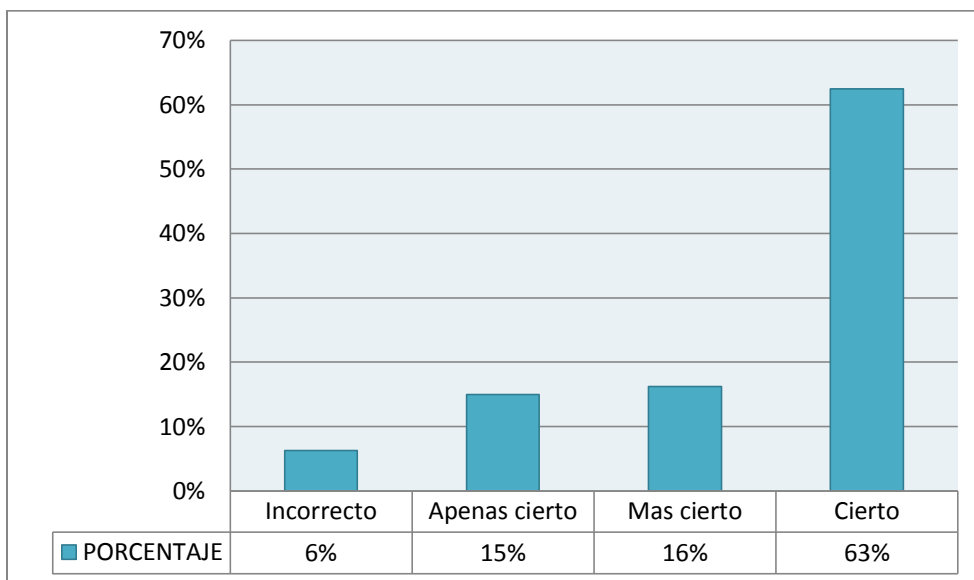


Gráfico 14

Elaborado por: Sánchez A, 2015.

INTERPRETACIÓN

La mayor parte de la población menciona que es Cierto la afirmación que se siente firmemente de controlar cualquier dificultad que se presente y poder resolverlo, tomando en cuenta que un mínimo porcentaje se refleja que es apenas cierta esta afirmación, por lo cual se podría mencionar que existe prevalencia de niveles de autoeficacia altos ya que se centran en respuestas positivas hacia esta afirmación.

8. Puedo resolver la mayoría de los problemas si me esfuerzo lo necesario?

VARIABLE	PACIENTES	PORCENTAJE
Incorrecto	3	4%
Apenas cierto	16	20%
Mas cierto	14	18%
Cierto	47	59%
TOTAL	80	100%

Tabla 15

Elaborado por: Sánchez A, 2015

ANÁLISIS CUANTITATIVO

Del 100% de la población evaluada se puede verificar que el 59% de la población ha respondido con Cierto esta afirmación, el 20% ha contestado con un Apenas cierto, mientras que el 18% dice que Mas cierto, y el 4% indica que esta afirmación es Incorrecta.

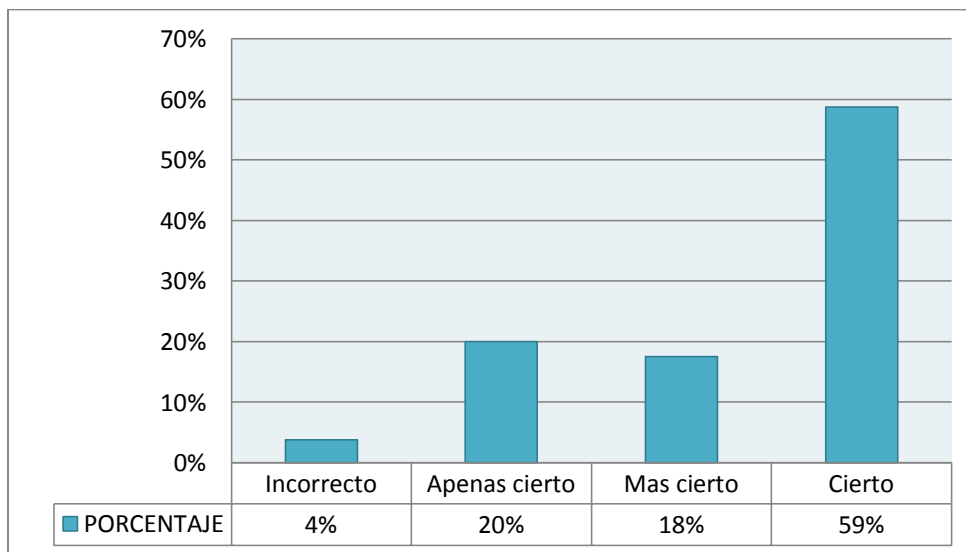


Gráfico 15

Elaborado por: Sánchez A, 2015.

INTERPRETACIÓN

Se puede evidenciar el grafico que más de la mitad e de la población afirma este literal ya que se sienten confiados de poder resolver problemas que se presenten, con esto se podría destacar para desarrollo de niveles de autoeficacia positivamente, sin dejar de lado que también existe un porcentaje de población que sería la cuarta parte de los pacientes que menciona que es Apenas cierto esta afirmación, y un mínimo de población menciona que es Incorrecto.

9. Si me encuentro en una situación difícil, generalmente se me ocurre qué debo hacer?

VARIABLE	PACIENTES	PORCENTAJE
Incorrecto	8	10%
Apenas cierto	20	25%
Mas cierto	25	31%
Cierto	27	34%
TOTAL	80	100%

Tabla 16

Elaborado por: Sánchez A, 2015.

ANÁLISIS CUANTITATIVO

Del 100% de la población se encuentra que un 34% que menciona que es Cierta la afirmación, el 31% contesto que es Mas cierto, mientras que el 25% menciona que es Apenas cierto y el 10% es incorrecta esta afirmación.

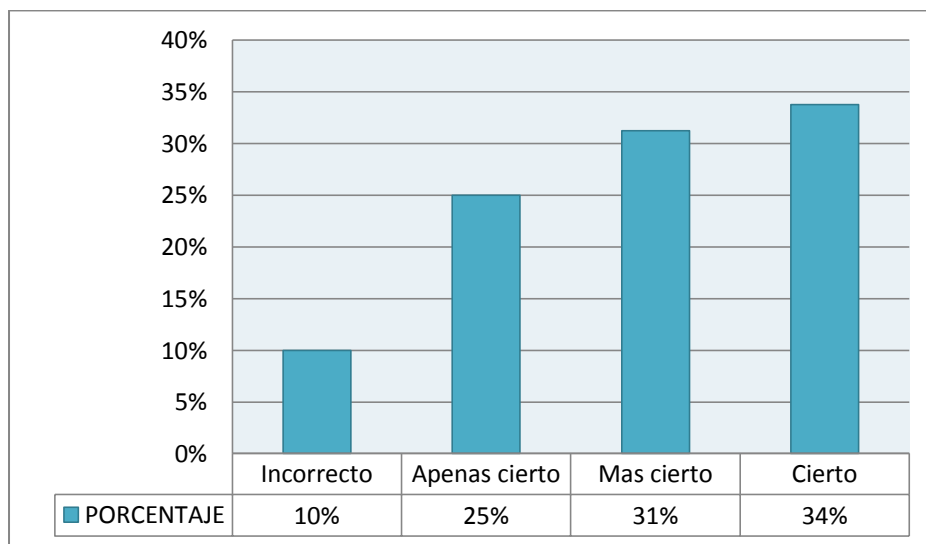


Gráfico 16

Elaborado por: Sánchez A, 2015.

INTERPRETACIÓN

Se puede observar el grafico un resultado sin tanta diferencia entre cada respuesta, pues se encuentran repartidos los porcentajes, siendo cierto para un tercio de la población al igual que un tercio para la respuesta Mas cierto y así mismo para Apenas cierto y un porcentaje mínimo para la respuesta incorrecta, se podría concluir que la población refleja inseguridades al momento de tomar decisiones, ya que se manifiestan que se encuentren en la capacidad de tomar decisiones instantáneas si así se requiera.

10. Al tener que hacer frente a un problema, generalmente se me ocurren varias alternativas de cómo resolverlo.

VARIABLE	PACIENTES	PORCENTAJE
Incorrecto	4	5%
Apenas cierto	17	21%
Mas cierto	20	25%
Cierto	39	49%
TOTAL	80	100%

Tabla 17

Elaborado por: Sánchez A, 2015.

ANÁLISIS CUANTITATIVO

Del 100% de la población se evidencia que el 49% ha respondido que es cierta la afirmación, el 25% menciona que es Mas cierta, mientras que el 21% indica que es Apenas cierta esta afirmación, y el 5% mencionó que es incorrecta.

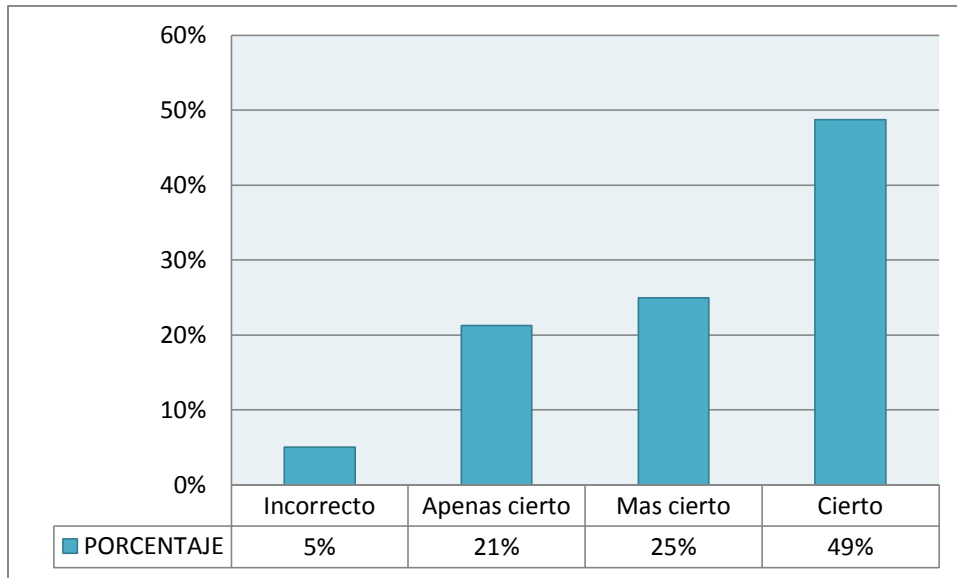


Gráfico 17

Elaborado por: Sánchez A, 2015.

INTERPRETACIÓN

Se evidencia en el gráfico que la mitad de la población ha contestado de manera positiva a esta afirmación, ya que se puede demostrar que existen índices de poder buscar alternativas para resolver algún problema que se le presente sin ningún precedente, tomando en cuenta además que son también las respuestas de Apenas cierto y Mas cierto que se destacan con una cuarta parte de la población y un porcentaje mínimo de población que se sienten incapaces de tener varias alternativas de solución a la hora de enfrentar algún inconveniente.

4.2. Anexo 2

GÉNERO DE PACIENTES

1. Datos de Filiación

VARIABLE	FR	PORCENTAJE
Masculino	25	31%

Femenino	55	69%
Total	80	100%

Tabla 18 : Género de participantes

Elaborado por: Sánchez A, 2015.

ANÁLISIS CUANTITATIVO

De los 80 pacientes se puede evidenciar que el 31% de población encuestada lo conforman personas de sexo masculino, mientras que un 69% de la población es de sexo femenino, evidenciando que la población predominante son mujeres.

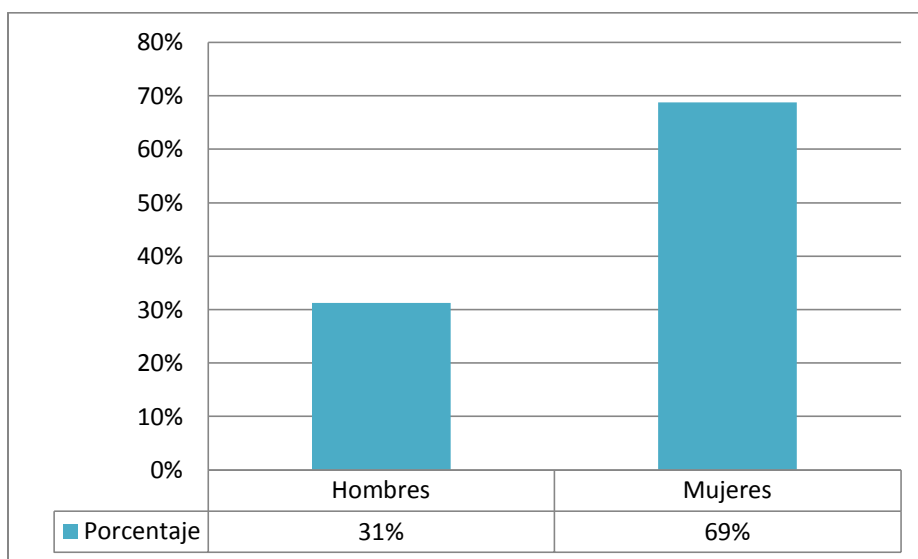


Gráfico 18 : Género de participantes

Elaborado por: Sánchez A, 2015.

INTERPRETACIÓN

Es primordial conocer la predominancia del sexo de los pacientes del centro de salud N°2 ya que son parte de los datos de filiación importantes para evidenciar y relacionar datos con los resultados obtenidos, de lo que demuestra que el 69% son mujeres y un 31% son hombres. Siendo que la población femenina es la que acude con más frecuencia al centro de salud N°2 de la ciudad de Ambato.

CALIDAD DE VIDA

CALIDAD DE VIDA	PERSONAS	PORCENTAJE
Muy baja	0	0%
Baja	21	26,25%
Media	37	46,25%
Alta	22	27,5%
TOTAL	80	100%

Tabla 19 :Calidad de vida

Elaborado por: Sánchez A, 2015.

ANÁLISIS CUANTITATIVO

De un 100% de la población se puede observar que un 27,5% posee una calidad de vida alta, mientras que un 46,25% de las personas presentan una calidad de vida media y un 26,25% manifiesta tener una calidad de vida baja.

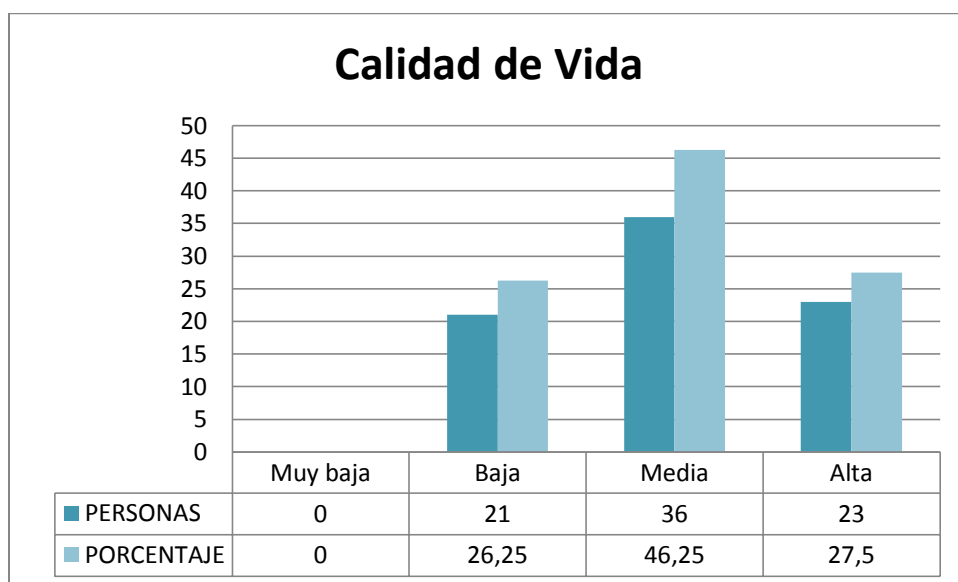


Gráfico 19 : Calidad de vida

Elaborado por: Sánchez A, 2015.

INTERPRETACIÓN

Del total de los evaluados, la cuarta parte demuestra que presenta una alta calidad de vida significa que las personas se mantienen con un bienestar en todas las dimensiones mencionadas como son la de función física, rol físico, dolor corporal,

salud general, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental, y transición de salud, mientras que la mitad de la población demuestra que tienen una calidad de vida media significa que mantienen un bienestar parcial en las dimensiones de calidad de vida, y casi un tercio de la población se puede observar que manifiesta calidad de vida baja es decir no presenta un bienestar en la dimensiones como en la función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental, y transición de salud.

CUESTIONARIO DE SALUD SF -36

En general ¿diría Ud. que su salud es?

VARIABLE	PACIENTES	PORCENTAJES
Excelente	7	9%
Muy buena	25	31%
Buena	34	43%
Regular	13	16%
Mala	1	1%
TOTAL	80	100%

Tabla 20

Elaborado por: Sánchez A, 2015.

ANÁLISIS CUANTITATIVO

Del 100% de pacientes evaluados un 43% creen que su salud es buena, el 31% muy buena, el 16% menciono que es regular, el 9% excelente y el 1% mala.

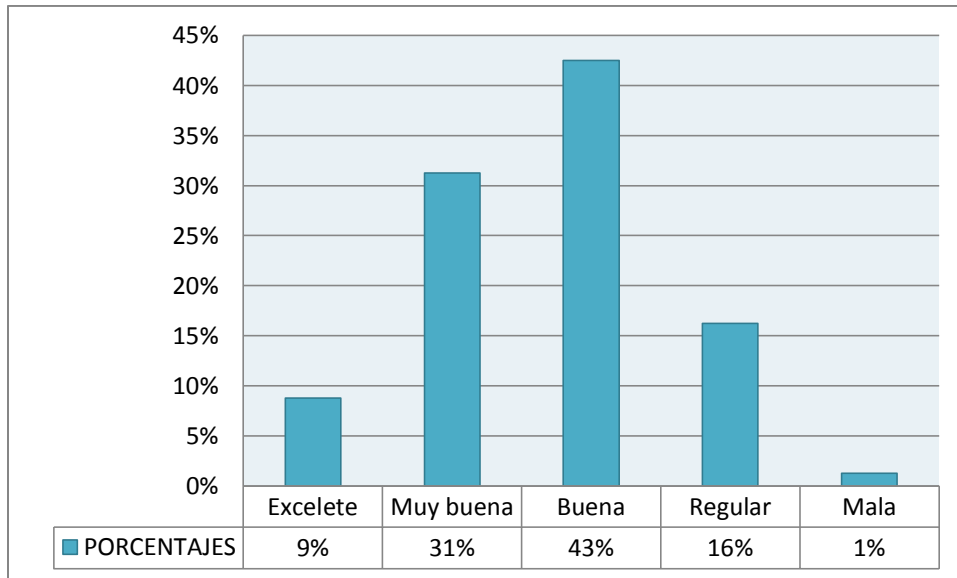


Gráfico 20

Elaborado por: Sánchez A, 2015.

INTERPRETACIÓN

Se puede destacar en el gráfico que la cuarta parte de la población cree tener una buena salud, siendo un índice no mayoritario pero que si representa a diferencia que una tercera parte de los pacientes mencionan tener una muy buena salud. Evidenciando que las expectativas de salud hacia sí mismos son relativamente buenas y positivistas. A diferencia que un mínimo de porcentaje a mencionado tener regular y mala salud.

4.3. Verificación de Hipótesis

4.3.1. Planteamiento de hipótesis

H_0 Los Niveles de Autoeficacia NO influyen en la Calidad de Vida de los pacientes de Consulta Externa del Departamento Psicológico del Centro de Salud No. 2.

H_1 Los Niveles de Autoeficacia influyen en la Calidad de Vida de los pacientes de Consulta Externa del Departamento Psicológico del Centro de Salud No. 2.

4.3.2. Verificación de la hipótesis prueba del Chi cuadrado

Tablas cruzadas

Resumen de procesamiento de casos

	Casos					
	Válido		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
AUTOEFICACIA * CALIDAD DE VIDA	80	96,4%	3	3,6%	83	100,0%

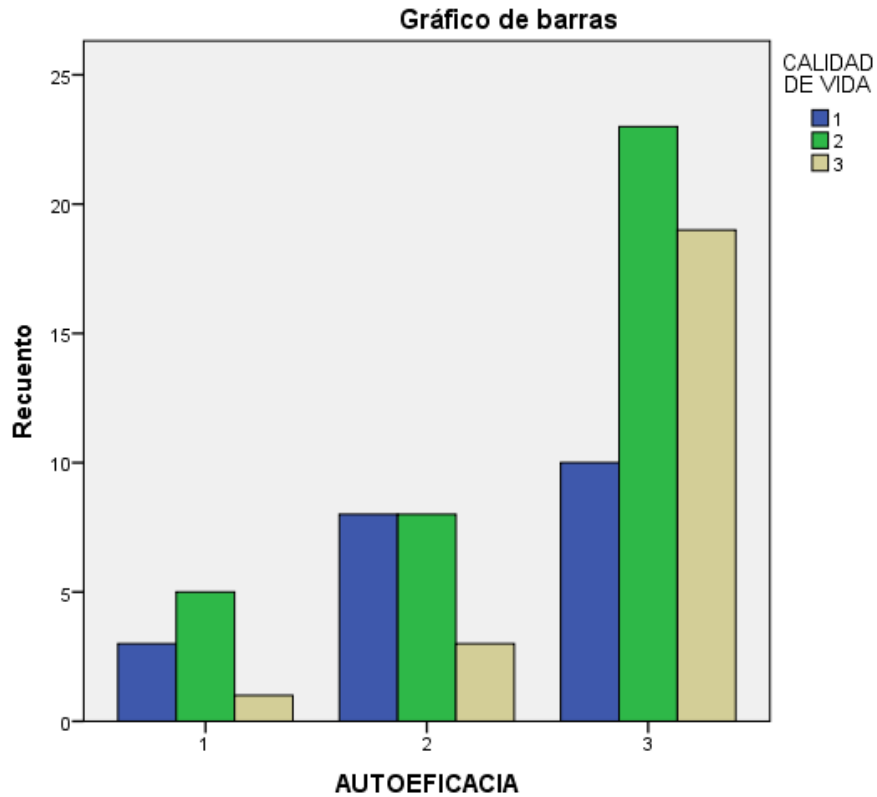
AUTOEFICACIA*CALIDAD DE VIDA tabulación cruzada

Recuento

	CALIDAD DE VIDA			Total
	1	2	3	
AUTOEFICACIA 1	3	5	1	9
2	8	8	3	19
3	10	23	19	52
Total	21	36	23	80

Análisis Cuantitativo

De acuerdo con los resultados obtenidos mediante el programa SPSS se observa que 21 personas presentan calidad de vida baja se relaciona como autoeficacia media, además se encontró 36 personas que obtuvieron calidad de vida media que se relaciona con autoeficacia alta, finalmente se observa que 23 personas obtuvieron calidad de vida alta y se relaciona con autoeficacia alta.



Interpretación

De acuerdo a la gráfica se observa que cerca de la cuarta parte de las personas presentan una baja calidad de vida, es decir no tienen satisfacción con las actividades que realizan, no establecen objetivos, y se relaciona con autoeficacia media que tiene que ver con la capacidad de llevar a cabo objetivos y metas de manera efectiva, además se evidencia que un porcentaje, además se observa que la tercera parte de las personas evaluadas muestran calidad de vida media y se relaciona con autoeficacia alta, mientras que en menor proporción se evidencia que las personas en la evaluación presentaron alta calidad de vida que se relacionó con autoeficacia alta.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	6,414 ^a	4	,170	,170	
Razón de verosimilitud	6,633	4	,157	,205	
Prueba exacta de Fisher	6,182			,173	
Asociación lineal por lineal	4,673 ^b	1	,031	,037	,020
N de casos válidos	80				

Mediante la aplicación de la prueba estadística del Chi cuadrado realizada en el programa SPSS se ha encontrado que la Autoeficacia no se relaciona con la Calidad de Vida de acuerdo a la siguiente formula, [$\chi^2(6) = 6,182$; $N=80$; $P>0.050$] por lo que se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula.

Pruebas de chi-cuadrado

	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	
Razón de verosimilitud	
Prueba exacta de Fisher	
Asociación lineal por lineal	,009
N de casos válidos	

a. 4 casillas (44,4%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,36.

b. El estadístico estandarizado es 2,162.

Tablas cruzadas

Resumen de procesamiento de casos

	Casos					
	Válido		Perdidos		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
AUTOEFICACIA * ROL FISICO	80	96,4%	3	3,6%	83	100,0%
AUTOEFICACIA * DOLOR CORPORAL	80	96,4%	3	3,6%	83	100,0%
AUTOEFICACIA * SALUD GENERAL	80	96,4%	3	3,6%	83	100,0%
AUTOEFICACIA * VITALIDAD	80	96,4%	3	3,6%	83	100,0%
AUTOEFICACIA * FUNCION SOCIAL	80	96,4%	3	3,6%	83	100,0%
AUTOEFICACIA * ROL EMOCIONAL	80	96,4%	3	3,6%	83	100,0%
AUTOEFICACIA * SALUD MENTAL	80	96,4%	3	3,6%	83	100,0%
AUTOEFICACIA * TRNASICION DE SALUD	80	96,4%	3	3,6%	83	100,0%

Análisis

En la tabla anterior se describen los datos ingresados al programa SPSS de cada una de las dimensiones de la Calidad de Vida relacionados con la Autoeficacia, siendo las dimensiones: Rol Físico, Dolor Corporal, Salud General, Vitalidad, Función Social, Rol Emocional, salud mental y Transición de Salud. Se detalla

además el número de personas y su respectivo porcentaje de personas ingresados 7por dimensiones, incluido los errores contabilizados por el programa.

AUTOEFICACIA * ROL FISICO

Tabla cruzada

Recuento

	ROL FISICO				Total
	0	1	2	3	
AUTOEFICACIA 1	4	1	2	2	9
2	7	4	3	5	19
3	14	12	6	20	52
Total	25	17	11	27	80

Análisis Cuantitativo:

De acuerdo con los resultados obtenidos mediante el programa SPSS se observa que 25 personas con un Muy bajo Rol Físico se relaciona con autoeficacia alta, además se evidencia que 17 personas con Rol Físico bajo se relaciona con autoeficacia alta, también se observa que 11 personas con rol físico medio se relaciona con autoeficacia alta, mientras que 27 personas con alto rol físico se relaciona con autoeficacia alta.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	3,240 ^a	6	,778	,799	
Razón de verosimilitud	3,271	6	,774	,823	
Prueba exacta de Fisher	3,489			,771	
Asociación lineal por lineal	1,215 ^b	1	,270	,302	,151

N de casos válidos	80			
--------------------	----	--	--	--

Pruebas de chi-cuadrado

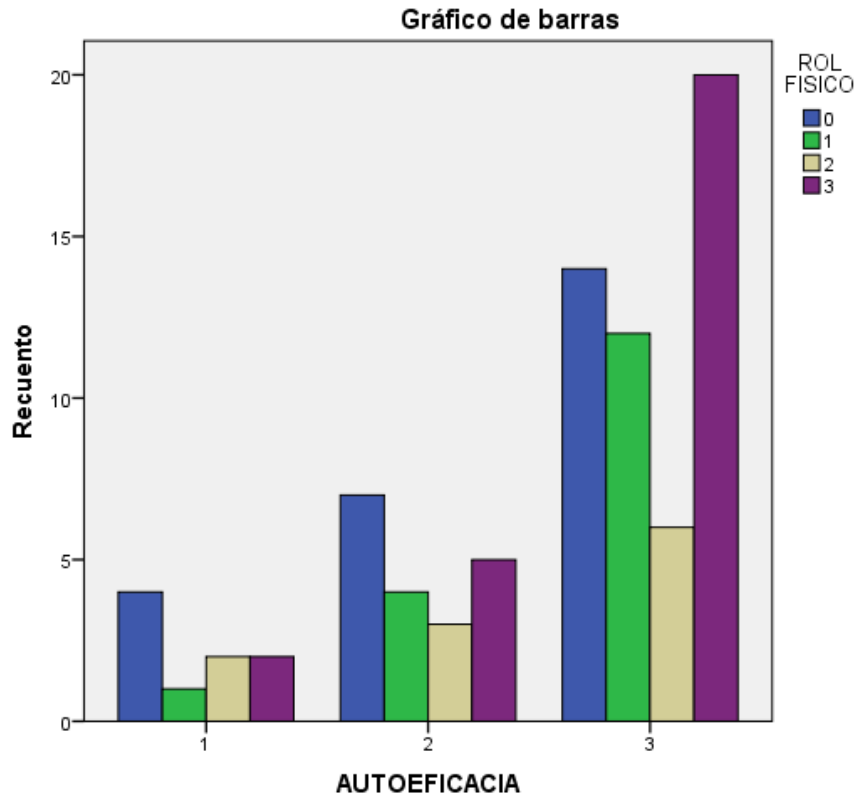
	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	
Razón de verosimilitud	
Prueba exacta de Fisher	
Asociación lineal por lineal	,028
N de casos válidos	

a. 6 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1,24.

b. El estadístico estandarizado es 1,102.

Interpretación

Mediante la aplicación de la prueba estadística del Chi cuadrado realizada en el programa SPSS se ha encontrado que El Rol Físico (Dimensión de la calidad de vida), no se relaciona con la Autoeficacia, según lo expresa la siguiente formula, $[x^2(3)= 3,489; N=80; P>0.050]$, se rechaza la hipótesis alterna, y se acepta la hipótesis nula



Interpretación:

De acuerdo a la gráfica se observa que de las 80 personas que participaron en la investigación, una cuarta parte de ellos presenta muy bajo rol físico y se relaciona con autoeficacia baja, también se evidencia que menos de la cuarta parte presenta un bajo rol físico que se relación de con autoeficacia media, además se observa que más de una cuarta parte mostro un alto rol físico y se relaciona con autoeficacia alta.

AUTOEFICACIA * DOLOR CORPORAL

Tabla cruzada

Recuento

	DOLOR CORPORAL				Total
	0	1	2	3	
AUTOEFICACIA 1	0	3	2	4	9
2	2	5	4	8	19
3	5	7	13	27	52
Total	7	15	19	39	80

Análisis Cuantitativo:

De acuerdo con los resultados obtenidos mediante el programa SPSS se observa que 7 personas presentaron muy bajo dolor corporal y se relaciona con autoeficacia alta, además se evidencia que 15 personas presentaron bajo dolor corporal y se relaciona con autoeficacia alta y media, se observa también que 19 personas presentaron dolor corporal medio y se relaciona con autoeficacia alta y media, mientras que 39 personas presentaron dolor corporal alto y se relaciona con autoeficacia alta y media.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	3,692 ^a	6	,718	,741	
Razón de verosimilitud	4,309	6	,635	,721	
Prueba exacta de Fisher	3,619			,742	
Asociación lineal por lineal	,339 ^b	1	,560	,577	,305
N de casos válidos	80				

Pruebas de chi-cuadrado

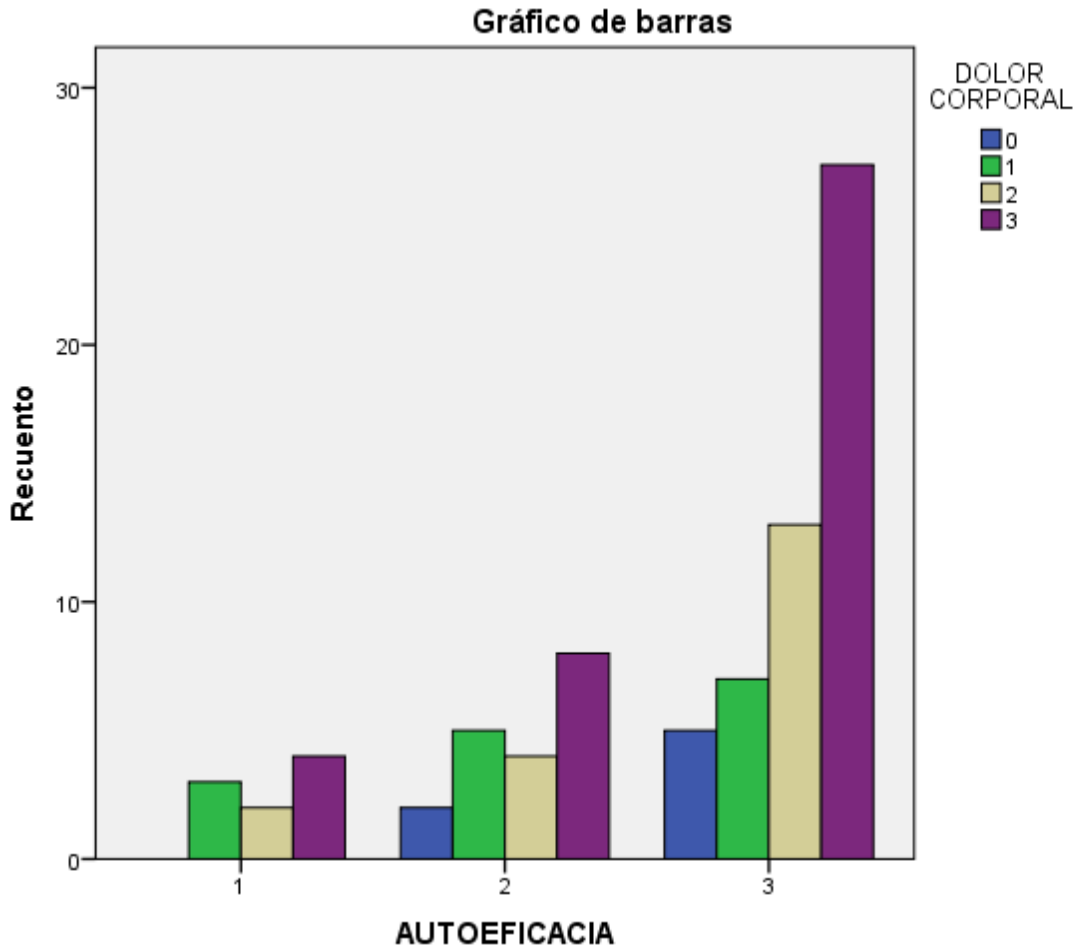
	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	
Razón de verosimilitud	
Prueba exacta de Fisher	
Asociación lineal por lineal	,052
N de casos válidos	

a. 8 casillas (66,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,79.

b. El estadístico estandarizado es ,583.

Interpretación:

Mediante la aplicación de la prueba estadística del Chi cuadrado realizada en el programa SPSS se ha encontrado que el Dolor Corporal (Dimensión de la calidad de vida), no se relaciona con la Autoeficacia, según lo expresa la siguiente formula, [$\chi^2(3) = 3,619$; $N=80$; $P>0.050$], por lo que se rechaza la hipótesis alterna, y se acepta la hipótesis nula.



Interpretación:

De acuerdo a la gráfica se observa que de las 80 personas, más de la tercera parte alto presenta dolor corporal alto y se relaciona con autoeficacia alta y media, además se observa que más de una cuarta parte presenta dolor corporal medio y se relaciona con autoeficacia alta y media, también se evidencia que una cuarta parte de las personas presentaron bajo dolor corporal y de igual forma se relaciona con autoeficacia alta y media, finalmente se observa que una mínima cantidad de personas presento muy bajo dolor corporal y se relaciona con autoeficacia alta y media.

AUTOEFICACIA * SALUD GENERAL

Tabla cruzada

Recuento

	SALUD GENERAL				Total
	0	1	2	3	
AUTOEFICACIA 1	0	4	4	1	9
2	0	9	6	4	19
3	4	13	24	11	52
Total	4	26	34	16	80

Análisis Cuantitativo:

De acuerdo con los resultados obtenidos mediante el programa SPSS se observa que 4 personas presentaron Salud general muy baja y se relaciona con autoeficacia alta, además se evidencia que 26 personas presentaron salud general baja y se relaciona con autoeficacia alta, media y baja, se observa también que 34 personas obtuvieron salud general media y se relaciona con autoeficacia alta y media, finalmente se evidencia que 16 personas mostraron salud general alta y se relaciona con autoeficacia alta y media.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	5,847 ^a	6	,441	,441	
Razón de verosimilitud	7,131	6	,309	,380	
Prueba exacta de Fisher	4,831			,540	
Asociación lineal por lineal	,277 ^b	1	,599	,626	,335
N de casos válidos	80				

Pruebas de chi-cuadrado

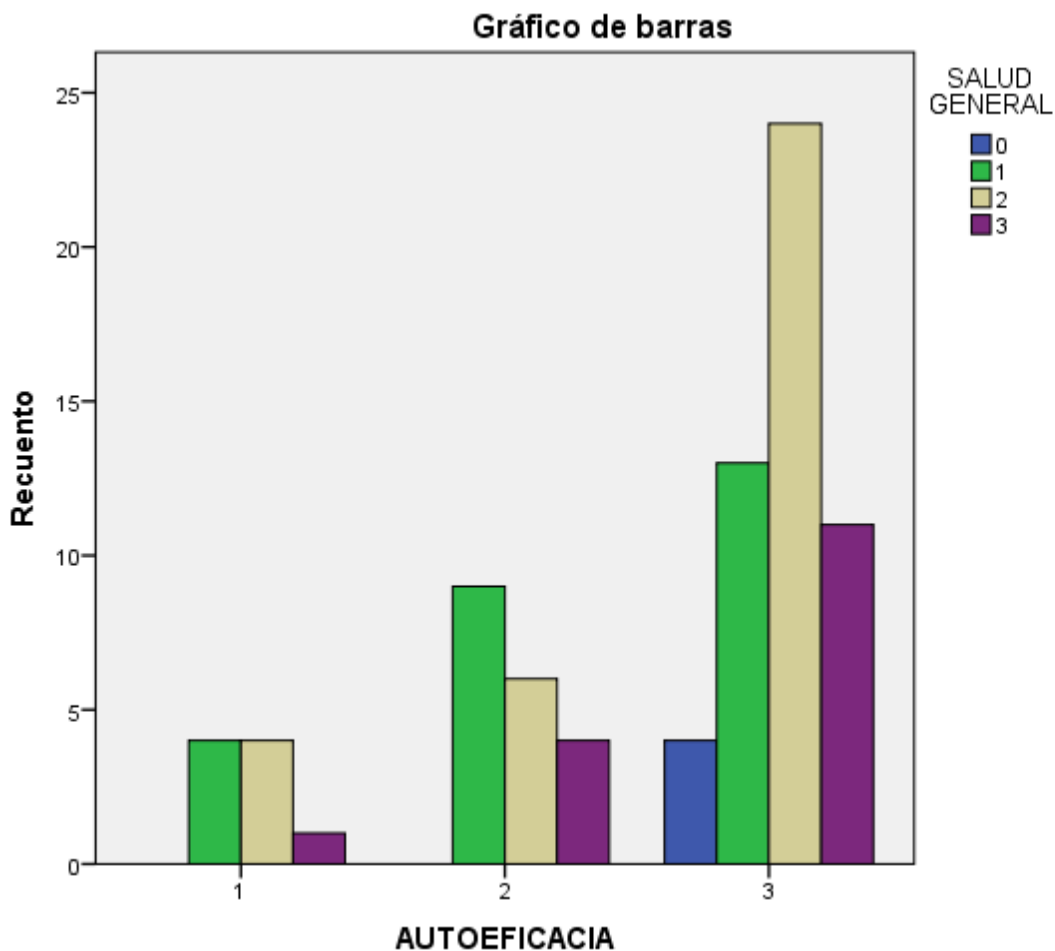
	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	
Razón de verosimilitud	
Prueba exacta de Fisher	
Asociación lineal por lineal	,068
N de casos válidos	

a. 7 casillas (58,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,45.

b. El estadístico estandarizado es ,526.

Interpretación

Mediante la aplicación de la prueba estadística del Chi cuadrado realizada en el programa SPSS se ha encontrado que la Salud General (Dimensión de la calidad de vida), no se relaciona con la Autoeficacia, según lo expresa la siguiente formula, $[\chi^2(3) = 3,619; N=80; P>0.050]$, por lo que se rechaza la hipótesis alterna, y se acepta la hipótesis nula.



Interpretación

De acuerdo a la gráfica se observa que de las 80 personas, más de la tercera parte presentaron salud general media y se relaciona con autoeficacia alta y media, además una cuarta parte presento salud general baja y se relaciona con autoeficacia alta media y baja, también se evidencia que en menor proporción las personas evidenciaron salud general alta y se relaciona con autoeficacia alta y media, finalmente se observa que una mínima cantidad de personas presentaron salud general muy baja y se relacionó con autoeficacia alta.

AUTOEFICACIA * VITALIDAD

Tabla cruzada

Recuento

		VITALIDAD				Total
		0	1	2	3	
AUTOEFICACIA	1	0	3	4	2	9
	2	1	3	10	5	19
	3	2	19	15	16	52
Total		3	25	29	23	80

Análisis Cuantitativo:

De acuerdo con los resultados obtenidos mediante el programa SPSS se observa que 3 personas presentaron vitalidad muy baja y se relaciona con autoeficacia alta y media, además se observa 25 personas con vitalidad baja y se relaciona con autoeficacia alta, media y baja, mientras que 29 personas presentaron vitalidad media y se relaciona con autoeficacia alta y media, por otro lado se evidencia que 23 personas obtuvieron vitalidad alta y se relaciona con autoeficacia alta y media.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	4,992 ^a	6	,545	,547	
Razón de verosimilitud	5,503	6	,481	,534	
Prueba exacta de Fisher	5,180			,487	
Asociación lineal por lineal	,102 ^b	1	,750	,781	,413
N de casos válidos	80				

Pruebas de chi-cuadrado

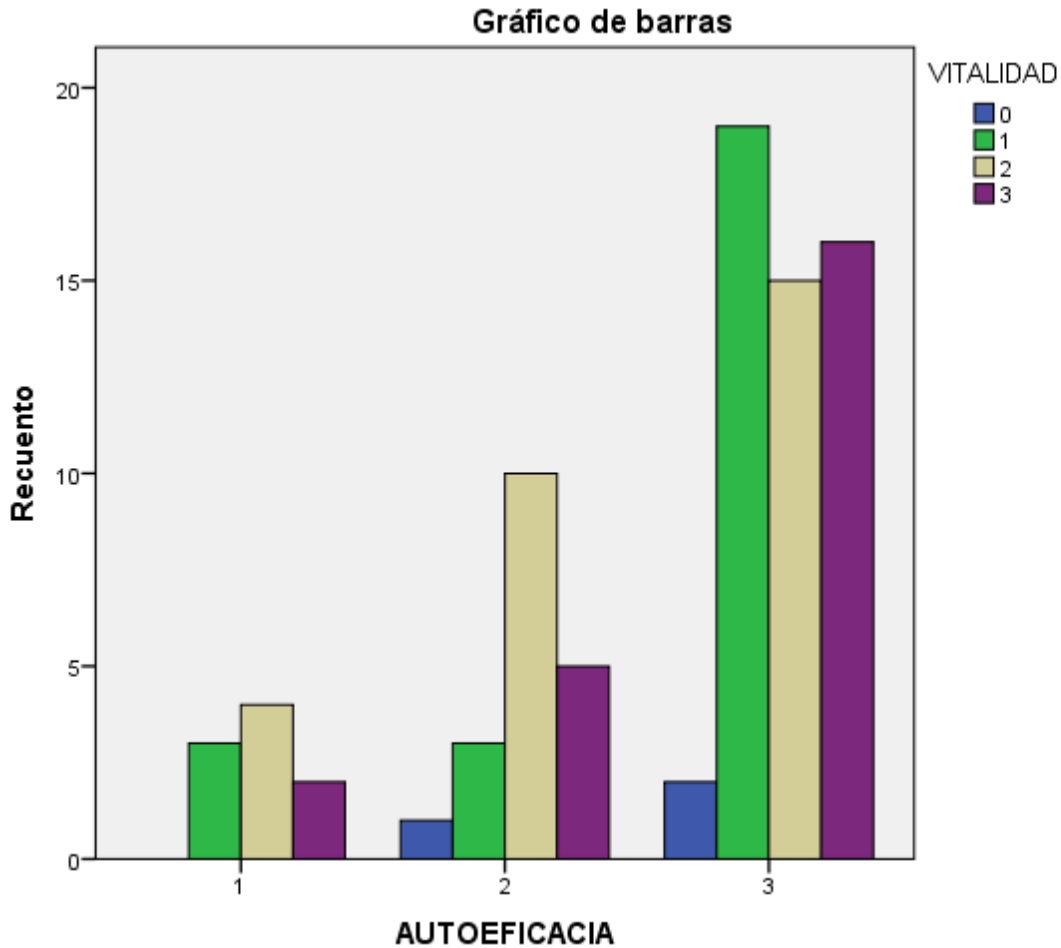
	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	
Razón de verosimilitud	
Prueba exacta de Fisher	
Asociación lineal por lineal	,071
N de casos válidos	

a. 6 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,34.

b. El estadístico estandarizado es -,319.

Interpretación

Mediante la aplicación de la prueba estadística del Chi cuadrado realizada en el programa SPSS se ha encontrado que la Vitalidad (Dimensión de la calidad de vida), no se relaciona con la Autoeficacia, según lo expresa la siguiente formula, **[$\chi^2(3) = 5,180$; $N=80$; $P>0.050$]**, por lo que se rechaza la hipótesis alterna, y se acepta la hipótesis nula



Interpretación

De acuerdo a la gráfica se observa que cerca de la tercera parte de los evaluados presentaron vitalidad media y se relaciona con autoeficacia alta y media, además se evidencia que una cuarta parte de las personas presentaron vitalidad baja y se relaciona con autoeficacia alta, media y baja, también se evidencia que menos de la cuarta parte de las personas presentaron vitalidad alta y se relaciona con autoeficacia alta y media, finalmente una mínima cantidad de personas presentaron vitalidad muy baja y se relaciona con autoeficacia alta y media.

AUTOEFICACIA * FUNCION SOCIAL

Tabla cruzada

Recuento

	FUNCION SOCIAL				Total
	0	1	2	3	
AUTOEFICACIA 1	1	4	1	3	9
2	3	5	8	3	19
3	4	7	22	19	52
Total	8	16	31	25	80

Análisis Cuantitativo:

De acuerdo con los resultados obtenidos mediante el programa SPSS se observa que 8 personas presentaron una función social muy baja y se relaciona con autoeficacia alta y media, además 16 personas presentaron función social baja y se relaciona con autoeficacia alta, media y baja, se evidencia también que 31 personas presentaron función social media y se relaciona con autoeficacia alta y media, mientras que 25 personas presentaron una función social alta y se relaciona con autoeficacia alta, media y baja.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	9,035 ^a	6	,172	,170	
Razón de verosimilitud	9,370	6	,154	,212	
Prueba exacta de Fisher	9,403			,117	
Asociación lineal por lineal	3,337 ^b	1	,068	,074	,043
N de casos válidos	80				

Pruebas de chi-cuadrado

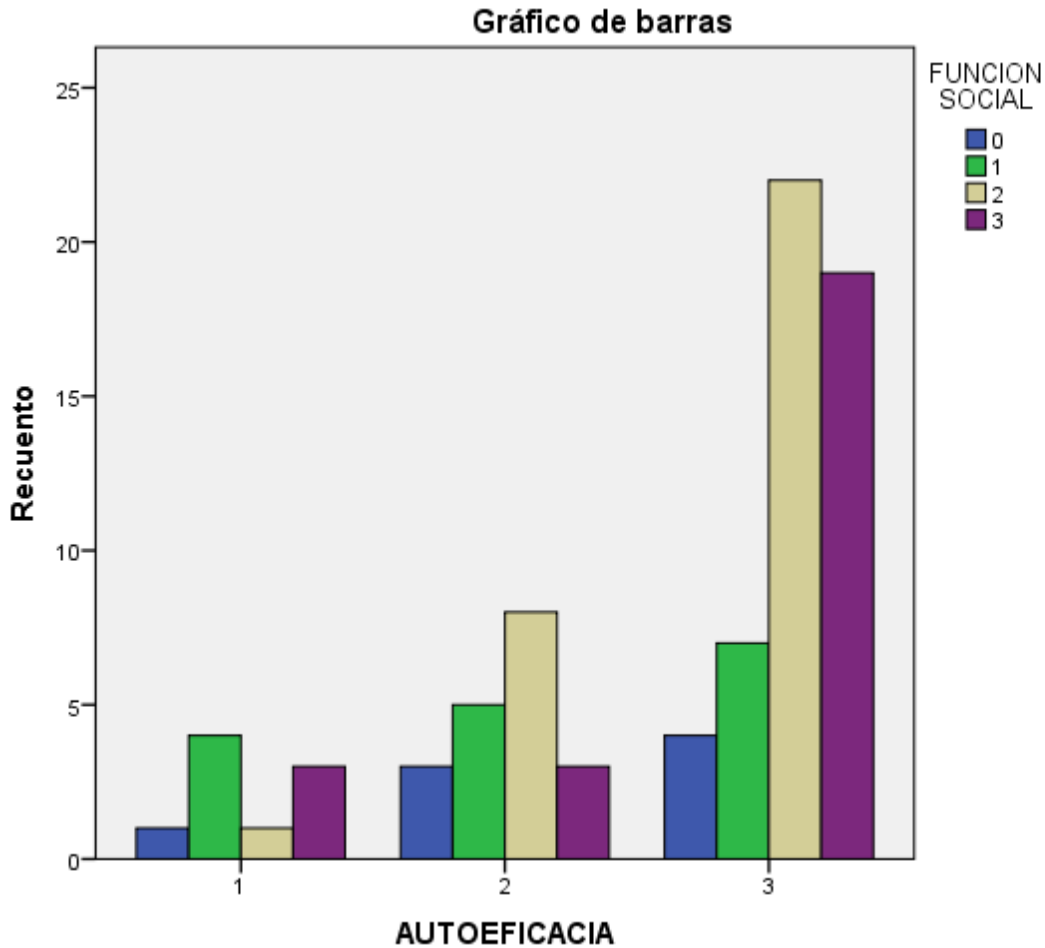
	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	
Razón de verosimilitud	
Prueba exacta de Fisher	
Asociación lineal por lineal	,013
N de casos válidos	

a. 6 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,90.

b. El estadístico estandarizado es 1,827.

Interpretación

Mediante la aplicación de la prueba estadística del Chi cuadrado realizada en el programa SPSS se ha encontrado que la Función Social (Dimensión de la calidad de vida), no se relaciona con la Autoeficacia, según lo expresa la siguiente formula, **[$\chi^2(3) = 9,403$; $N=80$; $P>0.050$]**, por lo que se rechaza la hipótesis alterna, y se acepta la hipótesis nula.



De acuerdo a la gráfica se observa que la tercera parte de los evaluados presentan una función social media y se relaciona con autoeficacia alta y media, además se observa también que una cuarta parte presentaron una función social alta y se relaciona con autoeficacia alta, media y baja, se evidencia también que en menor proporción las personas presentaron una función social muy baja y se relaciona con autoeficacia alta y media, mientras que en una mínima cantidad las presentaron una función social muy baja y se relaciona con autoeficacia alta y media.

AUTOEFICACIA * ROL EMOCIONAL

Tabla cruzada

Recuento

	ROL EMOCIONAL				Total
	0	1	2	3	
AUTOEFICACIA 1	4	3	1	1	9
2	7	4	7	1	19
3	7	11	14	20	52
Total	18	18	22	22	80

Análisis Cuantitativo:

De acuerdo con los resultados obtenidos mediante el programa SPSS se observa que 18 personas presentaron un rol emocional muy bajo y se relaciona con autoeficacia alta y media, se observa también que 18 personas presentaron un rol emocional bajo y se relaciona con autoeficacia alta y media, mientras que 22 personas mostraron un rol emocional medio y se relaciona con autoeficacia alta y media, por otro lado se observa que 22 personas obtuvieron rol emocional alto y se relaciona con autoeficacia alta.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	14,136 ^a	6	,028	,025	
Razón de verosimilitud	15,615	6	,016	,027	
Prueba exacta de Fisher	14,350			,015	
Asociación lineal por lineal	10,359 ^b	1	,001	,001	,001
N de casos válidos	80				

Pruebas de chi-cuadrado

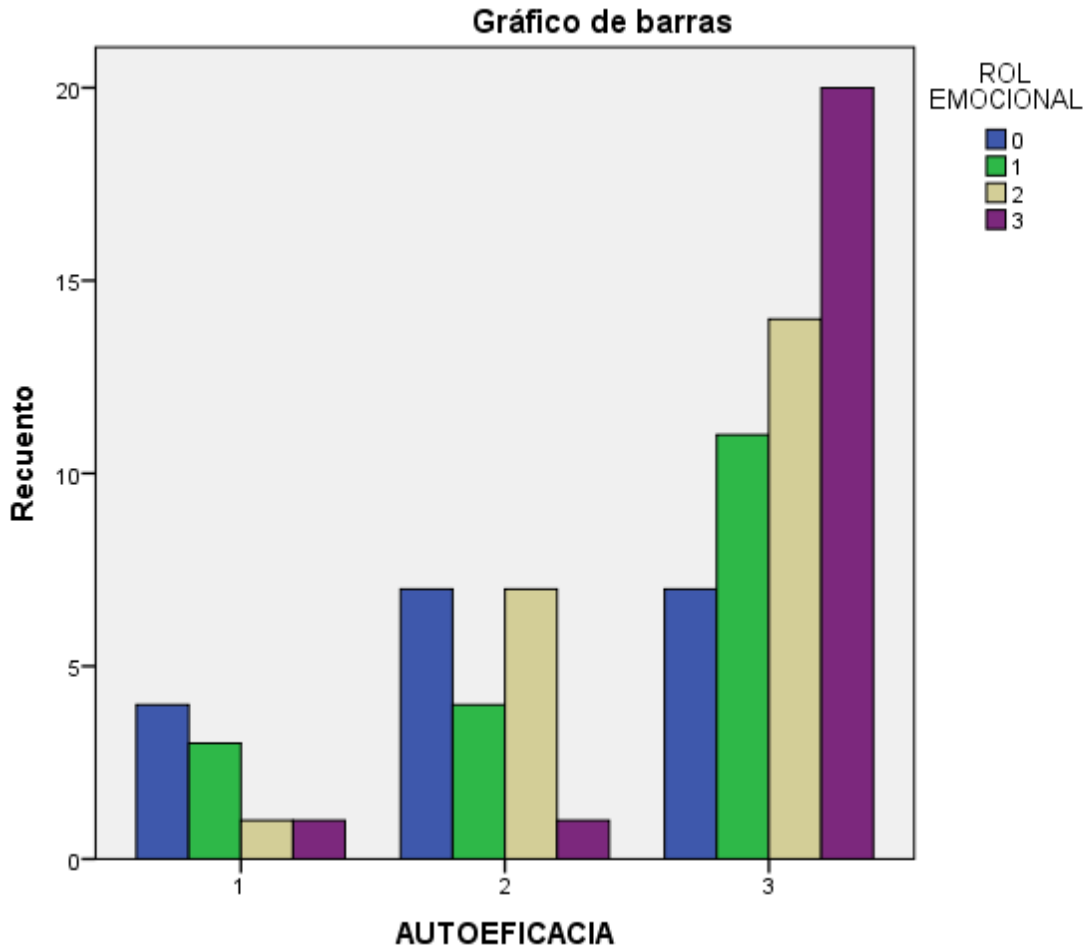
	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	
Razón de verosimilitud	
Prueba exacta de Fisher	
Asociación lineal por lineal	,000
N de casos válidos	

a. 6 casillas (50,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 2,03.

b. El estadístico estandarizado es 3,219.

Interpretación

Mediante la aplicación de la prueba estadística del Chi cuadrado realizada en el programa SPSS se ha encontrado que El Rol emocional (Dimensión de la calidad de vida), si se relaciona con la Autoeficacia, según lo expresa la siguiente formula, [$\chi^2(3) = 14,350$; $N=80$; $P<0.050$], lo que indica que la dimensión Rol emocional parte de la calidad de vida si guarda relación con la autoeficacia de manera positiva.



Interpretación

De acuerdo a la gráfica se puede observar que menos de la cuarta parte de los evaluados mostraron un rol emocional medio y se relaciona con autoeficacia alta y media, en una similar cantidad se observa que obtuvieron rol emocional alto y se relaciona con autoeficacia alta.

En menores porcentajes y similares se observa que las personas presentaron un rol emocional muy bajo y se relaciona con autoeficacia alta y media, finalmente se evidencia que un porcentaje similar las personas presentaron un rol emocional muy bajo y se relaciona con autoeficacia alta y media

AUTOEFICACIA * SALUD MENTAL

Tabla cruzada

Recuento

	SALUD MENTAL				Total
	0	1	2	3	
AUTOEFICACIA 1	0	6	2	1	9
2	1	6	8	4	19
3	1	7	25	19	52
Total	2	19	35	24	80

Análisis Cuantitativo:

De acuerdo con los resultados obtenidos mediante el programa SPSS se observa que 2 personas presentaron salud mental muy baja y se relaciona con autoeficacia media y alta, además se evidencia que 19 personas presentan salud mental baja y se relaciona con autoeficacia alta, media y baja, mientras que 35 personas presentaron salud mental media y se relaciona con autoeficacia alta, por otro lado se observa que 24 personas presentaron salud mental alta y se relaciona con autoeficacia alta.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	14,168 ^a	6	,028	,029	
Razón de verosimilitud	12,885	6	,045	,053	
Prueba exacta de Fisher	12,594			,028	
Asociación lineal por lineal	8,554 ^b	1	,003	,004	,002

N de casos válidos	80			
--------------------	----	--	--	--

Pruebas de chi-cuadrado

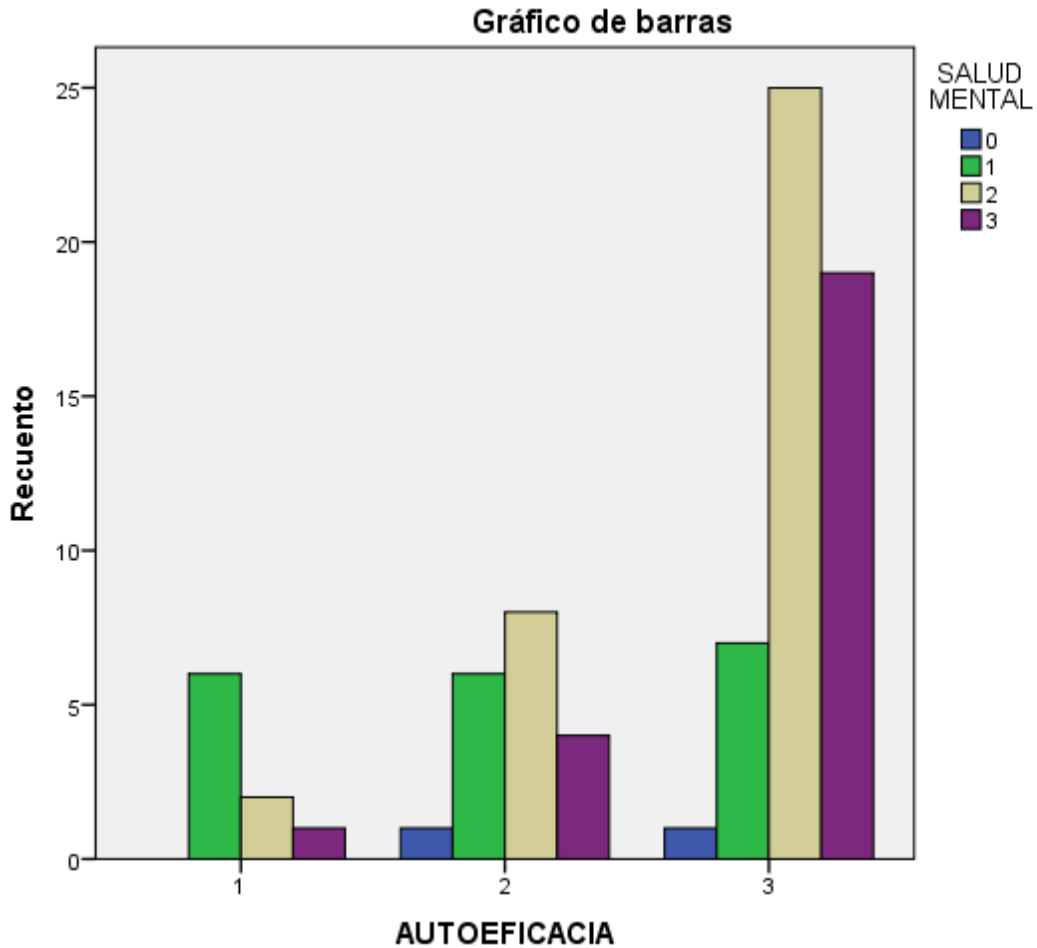
	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	
Razón de verosimilitud	
Prueba exacta de Fisher	
Asociación lineal por lineal	,001
N de casos válidos	

a. 7 casillas (58,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,23.

b. El estadístico estandarizado es 2,925.

Interpretación

Mediante la aplicación de la prueba estadística del Chi cuadrado realizada en el programa SPSS se ha encontrado que Salud mental (Dimensión de la calidad de vida), si se relaciona con la Autoeficacia, según lo expresa la siguiente formula, **[$\chi^2(3)=12,594$; N=80; P<0.050]**, y se puede mencionar que la dimensión de Salud mental guarda relación positiva con la autoeficacia



Interpretación

De acuerdo a la gráfica se observa que más de la tercera parte de las personas presentaron salud mental media y se relaciona con autoeficacia alta, además se observa que una cuarta parte de las personas presentaron salud mental alta y se relaciona con autoeficacia alta, en menor proporción se evidencia que presentan salud mental baja y se relaciona con autoeficacia alta, media y baja, mientras que en una mínima cantidad las personas presentaron salud mental muy baja y se relaciona con autoeficacia media y alta.

AUTOEFICACIA * TRANSICION DE SALUD

Tabla cruzada

Recuento

	TRNASICION DE SALUD				Total
	0	1	2	3	
AUTOEFICACIA 1	0	3	4	2	9
2	2	11	4	2	19
3	5	7	17	23	52
Total	7	21	25	27	80

Análisis Cuantitativo:

De acuerdo con los resultados obtenidos mediante el programa SPSS se observa que 7 personas presentaron una transición de salud muy baja y se relaciona con autoeficacia alta y media, además se evidencia que 21 personas presentaron transición de salud baja y se relaciona con autoeficacia media y alta, mientras que 25 personas presentaron transición de salud media y se relaciona con autoeficacia alta, y finalmente se observa que 27 personas presentaron transición de salud alta y se relaciona con autoeficacia alta.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)	Significación exacta (2 caras)	Significación exacta (1 cara)
Chi-cuadrado de Pearson	17,812 ^a	6	,007	,007	
Razón de verosimilitud	18,467	6	,005	,008	
Prueba exacta de Fisher	16,602			,005	
Asociación lineal por lineal	3,541 ^b	1	,060	,066	,037
N de casos válidos	80				

Pruebas de chi-cuadrado

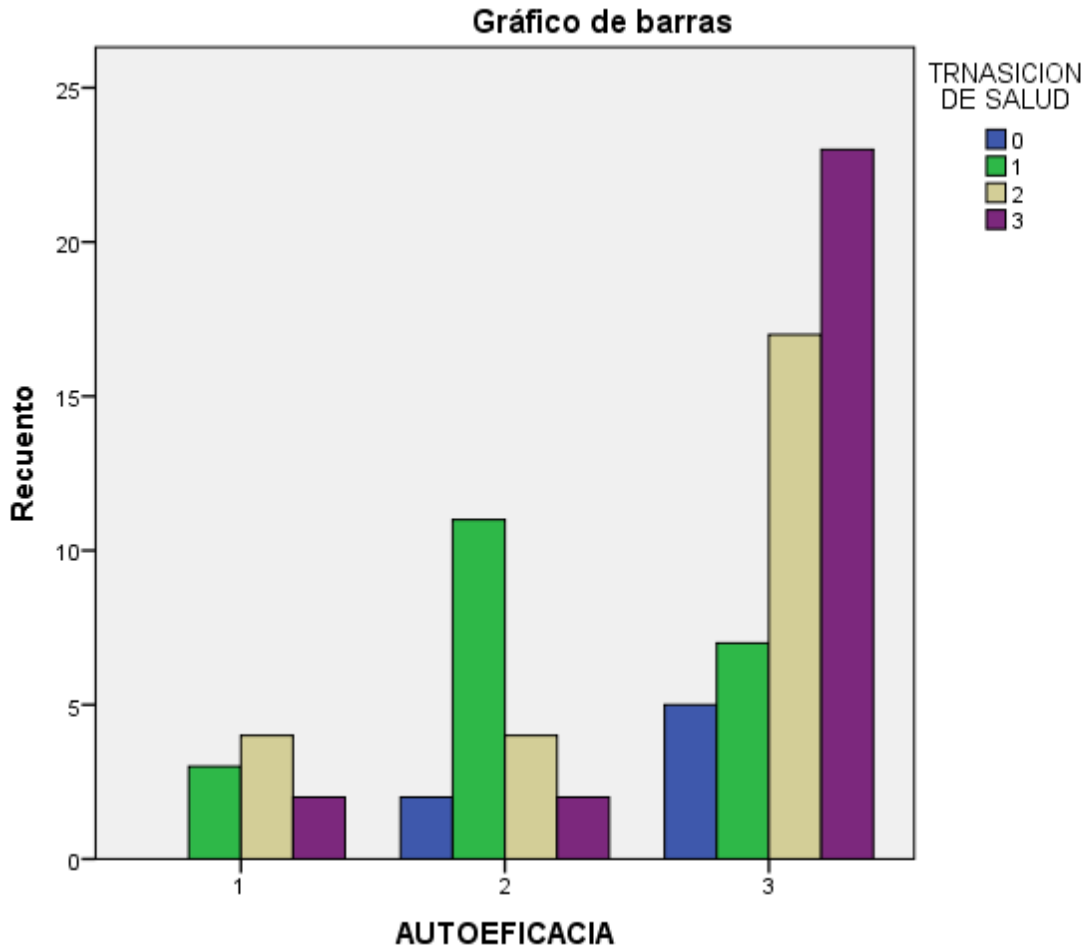
	Probabilidad en el punto
Chi-cuadrado de Pearson	
Razón de verosimilitud	
Prueba exacta de Fisher	
Asociación lineal por lineal	,012
N de casos válidos	

a. 7 casillas (58,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,79.

b. El estadístico estandarizado es 1,882.

Interpretación

Mediante la aplicación de la prueba estadística del Chi cuadrado realizada en el programa SPSS se ha encontrado que La Transición de Salud (Dimensión de la calidad de vida), si se relaciona con la Autoeficacia, según lo expresa la siguiente formula, [$\chi^2(3) = 16,602$; $N=80$; $P<0.050$], y se puede mencionar que la dimensión de Transición de Salud guarda relación positiva con la autoeficacia.



Interpretación:

De acuerdo a la gráfica se puede observar que cercan de la tercera parte de los evaluados presentaron transición de salud alta y se relaciona con autoeficacia alta, además se evidencio que una cuarta parte de las personas presentaron transición de salud media y se relaciona con autoeficacia alta, mientras que menos de la cuarta parte presentaron transición de salud baja y se relaciona con autoeficacia media y alta, finalmente se evidencia que en menor proporción las personas presentaron una transición de salud muy baja y se relaciona con autoeficacia alta y media.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

Al final el trabajo investigativo se puede concluir:

- En la población investigada existe un predominio de mujeres a diferencia de hombres que asisten a consulta, por lo tanto se determina que a medida que existe altas expectativas de autoeficacia, la calidad de vida de los pacientes que predomina es media y alta, mientras que cuando existe baja calidad de vida los niveles de autoeficacia es media.
- De acuerdo a la investigación realizada y a los resultados obtenidos se ha podido determinar la existencia de la influencia de los niveles de autoeficacia en la calidad de vida únicamente en las dimensiones como en el Rol Emocional (RE), Salud Mental (SM), y Transición de Salud (TS) de los pacientes de consulta externa del departamento psicológico del Centro de Salud N° 2 de la ciudad de Ambato. Ya que en las dimensiones de el rol físico (RF), dolor corporal (DC), salud general (SG), vitalidad (V), función social (FS), no se relaciona con la autoeficacia de manera significativa.
- La alternativa de solución será brindar un plan psicoeducativo a los pacientes del departamento psicológico del Centro de Salud N° 2.

5.2. RECOMENDACIONES.

- De acuerdo a las conclusiones obtenidas se recomienda que los pacientes del centro de salud deberán ser evaluados específicamente y a la vez realizar un seguimiento con el fin que su asistencia al departamento psicológico sea con terapias integrales a demás que el profesional examine por medio de test que los niveles de autoeficacia en su vida

biopsicosocial ha ido mejorando y por ende conjuntamente mejorar su calidad de vida.

- Se recomienda que el paciente asista a control con un equipo multidisciplinario de profesionales, es decir el médico que le ayudara a sentirse sano y fuerte, el psicólogo que ayude a sentirse muy bien consigo mismo y con los demás, autoeficacia individual y social con el fin de mejorar su calidad de vida integral.
- Se recomienda buscar el desarrollo de las dimensiones de la calidad de vida que le ayudara a mejorar sus niveles de producción y disminuir dolencias físicas, disminuir algún, dolor corporal y se sentirá con plena vitalidad, permitiéndole desarrollarse en función social, rol emocional, salud mental y transición de salud. Considerando que lo pacientes necesitaran una guía de un “Plan Psicoeducativo Para Mejorar Los Niveles De Autoeficacia Y La Calidad De Vida De Los Pacientes Del Departamento Psicológico Del Centro De Salud N°2 Según El Modelo Cognitivo Conductual.” que beneficiaran a los pacientes elevando las expectativas de autoeficacia del departamento psicológico del centro de salud N° 2.

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

6.1 DATOS INFORMATIVOS

TEMA: PLAN PSICOEDUCATIVO PARA MEJORAR LOS NIVELES DE AUTOEFICACIA Y LA CALIDAD DE VIDA DE LOS PACIENTES DEL DEPARTAMENTO PSICOLÓGICO DEL CENTRO DE SALUD N°2 SEGÚN EL MODELO COGNITIVO CONDUCTUAL.

Institución Ejecutora

Centro de Salud N°2 de la ciudad de Ambato, departamento de Psicología

Beneficiarios

Directos: Pacientes del departamento psicológico.

Indirectos: Usuarios que asisten al Centro de Salud N°2

Ubicación

Centro de Salud N°2 de la ciudad de Ambato.

Tiempo Estimado

Durante 1 mes.

Equipo técnico responsable

- Psicóloga Clínica del Centro de Salud N°2.
- Egresada en Psicología Clínica
- Tutor de la presente investigación

6.2. ANTECEDENTES DE LA PROPUESTA

La presente propuesta se enfocara en la terapia racional emotiva ya que es la mejor herramienta para poder trabajar con las creencias propias del individuo a si

mismo, por esto es que cuando hablamos de autoeficacia se refiere a las creencias que tiene el propio individuo de poder lograr algo propuesto.

Siendo su mayor representante Albert Ellis que afirma ya la importancia de las emociones y de las conductas que se relacionan directamente con las cogniciones esto se refiere directamente con las creencias, pensamientos e imágenes mentales del individuo.

La terapia racional emotiva conductual se enfoca en modificar las ideas irracionales del individuo que afectan en la conducta del mismo, considerando la actual calidad de vida de los pacientes que acuden al centro de salud N°2 de la ciudad de Ambato se ha evidenciado un porcentaje medio de la población que mantienen bajos niveles de autoeficacia los cuales son los principales precursores de formar las creencias hacia el propio individuo, por lo que se ha tomado en cuenta esto, para brindar un proceso psicoeducacional a la población evaluada en el centro de salud N° 2 de la ciudad de Ambato, buscando mejorar por ende la calidad de vida del paciente.

Por lo cual Bellver (2007), menciona que la terapia grupal es la mas efectiva para poder fortalecer experiencias y reforzar la autoestima por ende el contacto directo de pacientes que atravisan situaciones similares hace que se produzca un apoyo mutuo y aprender actitudes adaptativas entre los miembros del grupo.

Pues también Gómez y Botella (2007), manifiesta que la intervención grupal desarrollada adquirió una mayor validez de tratamiento como consecuencia de la mejora sintomática significativa a través de la asistencia a dicha intervención en el grupo de tratamiento.

Además se ha evidenciado que mientras mayores son los niveles de autoeficacia, mejor es la calidad de vida del paciente, por lo que se puede destacar que los individuos que son persuasivos y poseen mayores expectativas de lograr, conseguir algo en sus vidas, se auto refuerzan positivamente causando estados de bienestar en el individuo por ende estados fisiológicos saludables. Por lo cual se determina que la calidad de vida mejora en cada aspecto de vida de la persona que

mantiene altas expectativas de autoeficacia o de creencias racionales en su pensamiento.

6.3. OBJETIVOS

6.3.1. Objetivo General

Diseñar un plan psicoeducativo para mejorar los niveles de autoeficacia y la calidad de vida de los pacientes del departamento psicológico del centro de salud n°2 según el modelo cognitivo conductual.

6.3.2. Objetivos Específicos

- Crear un plan psicoeducativo para los pacientes asistentes al Centro de Salud N°2.
- Elevar los niveles de autoeficacia mediante el conocimiento de la Terapia racional Emotiva.
- Mejorar la calidad de vida de los pacientes del Centro de Salud N°2.

6.4. JUSTIFICACIÓN

La propuesta enfocada en implementar un plan de psicoeducación es de gran **importancia** porque nos ayudará a que los pacientes que asistan al departamento psicológico del Centro de Salud N°2 de la ciudad de Ambato, puedan auto educarse en temas de buena calidad de vida, es de gran **interés** porque enfoca a los pacientes en las creencias irracionales de los pacientes del Centro de Salud, es de gran **impacto** pues ayudara a disminuir las creencias irracionales utilizando el modelo cognitivo conductual.

Es **factible** pues se cuenta con la autorización y apoyo para la aplicación e investigación del plan psicoeducacional en el Centro de Salud N°2 de la ciudad de Ambato, siendo el mismo uno de los **beneficiarios** directos por que mejorar su calidad de vida, disminuirán su ansiedad y estrés diario de la vida cotidiana siempre dependen de factores externos materiales o debido a la clase social del individuo, sino más bien se centra en las cualidades internas del mismo para

enfrentar la enfermedad, por lo que estas, son parte esencial de creencias y pensamientos ya que debido al proceso de afrontamiento a estos padecimientos físicos son las que varían para la recuperación y hasta para la superación de diferentes enfermedades.

Por lo cual es necesario conocer acerca del precursor de las creencias para afrontar los problemas de la vida cotidiana y para afrontar cualquier dificultad a nivel fisiológico que se presente en el transcurso de la vida, ya que por medio del plan psicoeducacional se conocerá diferentes técnicas terapéuticas para modificar ideas irracionales los cuales no permiten desarrollar altas expectativas de autoeficacia y mejorar la calidad de vida del paciente.

6.5. ANÁLISIS DE FACTIBILIDAD

La aplicación de esta propuesta es factible ya que se cuenta con la autorización del Ministerio de Salud y del Centro de Salud, el respaldo del responsable del departamento psicológico del Centro de Salud N°2 de la ciudad de Ambato, además que se cuenta con los recursos humanos también se cuenta con los recursos materiales para que esta propuesta se desarrolle y se realice la ejecución del mismo.

Cabe recalcar que se cuenta con el material bibliográfico necesario para el desarrollo del plan de psicoeducación, además de los materiales de oficina, equipos audiovisuales.

6.6. FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA

Terapia Racional Emotiva Conductual

Albert Ellis nació en Pittsburg en 1913, obtuvo un título en la universidad de New York en administración de empresas, aficionado a escribir novelas, obras, poesía, ensayos, libros, en 1942 volvió a la Universidad de Columbia y se graduó en Psicología Clínica y se doctoró en 1947, por un tiempo se mantenía dentro del grupo de análisis didáctico de Karen Horney, a finales de 1955 abandono por completo el a fin del psicoanálisis por lo cual desde entonces empezó por

centrarse en el estudio de creencias irracionales, constituyo el Instituto para una Vida Racional, se considera un teórico clínico.

ABC DE LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA CONDUCTUAL

A: Es el acontecimiento activante.

Este primer paso se refiere a que sucedió, como percibió la persona lo sucedido, como fue la reacción del individuo, esta terapia es funcional ya que la TREC nos hace referencia entre la realidad objetiva y la realidad percibida, siendo que así la realidad se la percibe directa hacia la persona ya que expone tal cual como los hechos son para cada individuo evaluándola de manera diferente cada uno. Cuando se habla de creencias se refiere que hablamos de cogniciones, pensamientos, creencias racionales e irracionales sobre la descripción de realidades.

B: Las consecuencias

Se refiere directamente cuando el individuo presenta conflictos, problemas, conductas indebidas es decir los pacientes acuden a terapia debido a la existencia de la C de TREC.

Como existen diferentes tipos de reacciones del paciente, algunas pueden continuar su vida sin ninguna complicación y también existen los pacientes que necesita ya de terapia psicológica para poder afrontarlos ya que esto va a depender de **A** es decir el acontecimiento para que sea variante la reacción del individuo, ya que según Lega, Caballo y Ellis (1999), menciona la persona que encuentra dificultad en expresar emociones se pueden inferir la presencia de ciertos estados emocionales.

Cabe recalcar que un aspecto importante de la TREC es que no todas las emociones son inapropiadas o serán objetivos para modificar, las emociones son muy útiles para buscar el manejo apropiado de las mismas según Caballo, Leal y Ellis (1999) manifiesta que las emociones apropiadas son la preocupación,

tristeza, enojo, pesar, frustración. Y las emociones inapropiadas como la ansiedad, depresión, enojo excesivo, peligroso, culpa y vergüenza.

C: Las creencias

El sistema de creencias de la TREC se divide en dos maneras las creencias racionales y creencias irracionales la unión de estas dos son la evaluación de la realidad, y en los individuos se dan estos dos tipos de pensamientos en cualquier transcurso de la vida de los mismos .

FUNDAMENTOS DE LA TREC

El primordial objetivo de la Terapia Racional Emotiva es encontrar el elemento principal en el diagnóstico psicológico detectar las ideas irracionales del individuo, lo cual es la afectación directa hacia el problema que presenta el paciente por lo tanto esto incurre en las creencias que tiene sobre sí mismo, sobre los demás y lo que le rodea al individuo.

Según el documento de Blanco (2005), menciona que la TREC es un enfoque psicoeducativo como parte de una tarea del terapeuta en un proceso psicoterapéutico, se refiere a enseñar a la persona su forma de pensar, se le da una formación en los procesos de ABC, enfocándole al individuo que se centró más en trabajar sus pensamientos e ideas provocando así en ellos un aprendizaje para obtener resultados a futuro y cambios.

Las pautas mencionadas anteriormente son las que se toman en cuenta para poder detectar las creencias irracionales de los individuos ya que según el tremendismo, baja tolerancia a la frustración, y la condenación podemos basarnos como una guía para detectar las ideas irracionales y trabajar en ellas realizando ya un plan terapéutico centrado en esas ideas irracionales.

6.7. METODOLOGÍA:-MODELO OPERATIVO

ETAPA	OBJETIVOS	ESTRATEGIAS Y ACTIVIDADES	RECURSOS	RESPONSABLE	TIEMPO
Introducción	Realizar dinámica empática para dar inicio al plan psicoeducativo	- Dinámica grupal para socialización de participantes y conocimientos de los mismos.	Materiales Técnicos.	Investigadora.	20 minutos
Apertura	Informar a la comunidad acerca de los resultados obtenidos en la investigación	- Proporcionar la información a los asistentes y crear una relación positiva a través de la actividad Quien soy?, la cual se mantendrá un tiempo de reflexión.	Materiales Técnicos.	Investigadora.	10 minutos
Contenido	Explicar el modelo de la Terapia Racional Emotiva	- Exposición de las características que define a la TREC. - Descripción de las etapas y fundamentos de la TREC	Materiales Técnicos Proyector Parlantes	Investigadora.	60 minutos
Diagnostico Inicial	Detectar la ideas irracionales	- Retroalimentación de los ejercicios de ABC de la TREC - Socialización de ejemplos prácticos	Materiales Técnicos.	Investigadora.	45 minutos
Entrenamiento motivacional	Elevar los niveles de autoeficacia mediante el conocimiento de la Terapia racional Emotiva.	- Seleccionar técnicas plasmadas en los planes que sean específicos en Terapia Racional Emotiva. - Relacionar la teoría con la práctica creando planes y sus evaluaciones.	Tecnológicos Materiales	Investigadora	20 minutos

Contenido	Explicar acerca de la teoría de la autoeficacia	- Exposición acerca de la teoría de la autoeficacia de Albert Bandura	Materiales y técnicos	Investigadora	60 minutos
Evaluación	Comprobar los conocimientos adquiridos en el plan de psicoeducación	- Realización de grupos de trabajo para la realización de las técnicas aprendidas con ejemplos vivenciales de los pacientes.	Materiales Tecnológicos	Investigadora Pacientes del Centro de Salud N°2.	60 minutos

Tabla 21

Autor: Sánchez, A.2015.

6.7.1. MARCO ADMINISTRATIVO

Recursos Institucionales

Centro de Salud N°2 de la ciudad de Ambato

Universidad Técnica de Ambato

Recursos Humanos:

Egresada: Adriana Sánchez

Tutor: Ps. Cl. Miguel Guzmán

Los pacientes de consulta externa del Departamento Psicológico del Centro de Salud No. 2 de la ciudad de Ambato

6.7.2. RECURSOS MATERIALES

Rubro	Total
Suministros de oficina	600,00
Transporte	100,00
Gastos de equipo técnico	80,00
Alimentación	200,00
Alquiler de equipos electrónicos	300,00
Subtotal, USD \$	1280,00
+ 10% Imprevistos, USD \$	128,00
Total, USD \$	1.408,00

Tabla 22 : Recursos materiales

Elaborado por: Adriana Sánchez

ESTRUCTURA ADMINISTRATIVA

6.8. CRONOGRAMA

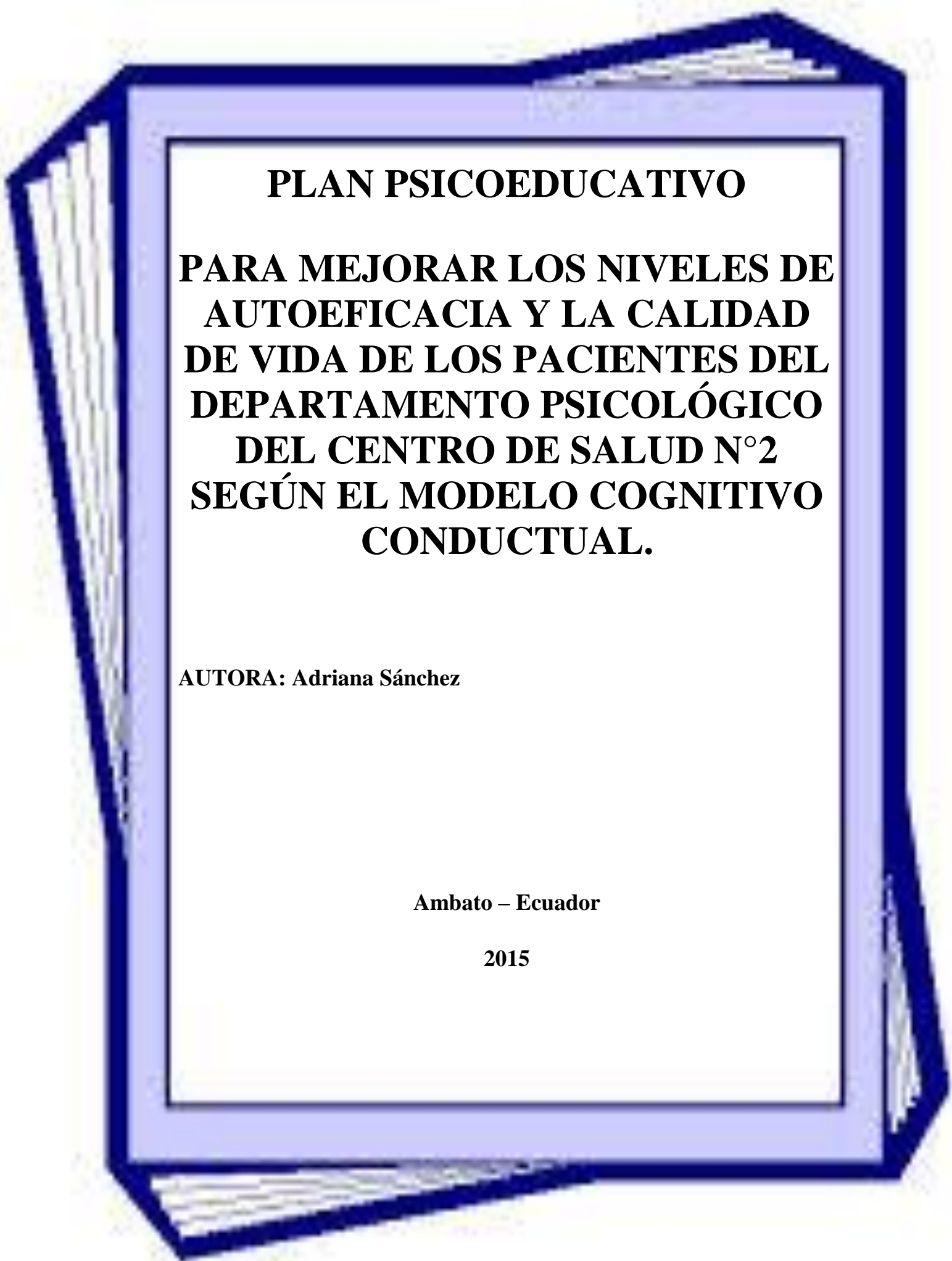
TIEMPO ACTIVIDAD	CRONOGRAMA - SEMANAS			
	1 Semana	2 Semana	3 Semana	4 Semana
Investigación	■			
Selección		■		
Diseño			■	
Socialización				■

6.9. PREVISIÓN DE LA EVALUACIÓN

PREGUNTAS BÁSICAS	EXPLICACIÓN
Quien solicita evaluar?	Investigadora: Adriana Sánchez
Para que evaluar?	Para definir que los objetivos se han cumplido y logrado.
Qué evaluar?	Se evaluará el plan psicoeducacional para verificar los objetivos establecidos, además se evaluara el conocimiento adquirido en las actividades desarrolladas para los pacientes.
Quién evalúa?	Investigadora: Adriana Sánchez
Cuando evalúa?	Febrero 2015
Cómo evaluar?	Se puede realizar la aplicación de reactivos psicológicos, realizando un re-test a los pacientes.
Con que evaluar?	Test psicométricos.

Tabla 23: Previsión de la evaluación

Elaborado por: Adriana Sánchez



PLAN PSICOEDUCATIVO

**PARA MEJORAR LOS NIVELES DE
AUTOEFICACIA Y LA CALIDAD
DE VIDA DE LOS PACIENTES DEL
DEPARTAMENTO PSICOLÓGICO
DEL CENTRO DE SALUD N°2
SEGÚN EL MODELO COGNITIVO
CONDUCTUAL.**

AUTORA: Adriana Sánchez

Ambato – Ecuador

2015

PLAN N°1

DESARROLLO DEL PLAN PSICOEDUCATIVO

TEMA: EMPATIA GRUPAL.

OBJETIVO: Establecer empatía grupal.

DETALLE: Dinámica grupales para socialización de los participantes y conocimiento de los mismos.

DESARROLLO:

1.- ACTIVIDAD: Dinámica “Pica – Pica”

Cada uno de los participantes deberán decir su nombre y seguido un lugar de su cuerpo que posiblemente “le pica”, como por ejemplo: Soy Israel y me pica – pica las piernas, a continuación el siguiente compañero debe comentar como se llamaba su compañera anterior, decir donde le pica – pica, y y decir su nombre y donde le pica, así el juego debe transcurrir con la participación de todos los participantes.

TIEMPO: 20 minutos.

2.- ACTIVIDAD: ¿QUIEN SOY YO?

A todos los participantes se deberá entregar una copia del siguiente Anexo con la figura humana de ¿Quién soy yo?, al transcurrir el tiempo de reflexión individual, se debe solicitar su exposición voluntaria.

TIEMPO DE REFLEXIÓN: 10 minutos.

TIEMPO DE PRESENTACIÓN: 20 minutos.

EVALUACIÓN PLAN 1.

Lea detenidamente y selecciona las opciones SI-A VECES- NO, según sus sentimientos diarios.

N	PREGUNTA	SI	A VECES	NO
1	Me siento cómodo/a conmigo mismo/a.			
2	Venzo las dificultades que se me presentan.			
3	Me siento tranquilo/a la mayor parte del tiempo.			
4	Me siento frustrado/a por las cosas que no realizo y quiero hacerlo.			
5	Mi estado de ánimo es cambiante			
6	Me siento desesperado/a de mi estilo de vida			
7	Me desanimo con facilidad			
8	Soy responsable con mis responsabilidades.			
9	Me agrada compartir con mi alrededor			
10	Salgo a divertirme en familia			

ESCALA DE CALIFICACION

10 -9	Tiene conocimiento de ¿Quién soy yo?
7 - 8	Está en proceso de conocimiento
4 - 6	Requiere de profesional para auto conocerse
1 - 3	No posee conocimiento de ¿Quién soy yo?

PLAN N°2

TEMA: TEORÍA ABC

OBJETIVO: Explicación que todo acontecimiento obtiene una Consecuencia

DETALLE: Introducción al tema y explicación acerca de la teoría racional emotiva.

TIEMPO:60 minutos

DESARROLLO:

1.- ACTIVIDAD:

EXPOSICIÓN TEÓRICA

Terapia Racional Emotiva Conductual

Albert Ellis nació en Pittsburg en 1913, obtuvo un título en la universidad de New York en administración de empresas, aficionado a escribir novelas, obras, poesía, ensayos, libros, en 1942 volvió a la Universidad de Columbia y se graduó en Psicología Clínica y se doctoró en 1947, por un tiempo se mantenía dentro del grupo de análisis didáctico de Karen Horney, a finales de 1955 abandono por completo el a fin del psicoanálisis por lo cual desde entonces empezó por centrarse en el estudio de creencias irracionales, constituyo el Instituto para una Vida Racional, se considera un teórico clínico.

En el artículo de Nicolás Landriscini (2006), nos menciona que el fundador de la TREC es Albert Ellis quien en su libro titulado “Razón y emoción en psicoterapia”, expone que es el creador de la teoría ABC, la cual no es la convencional práctica cognitiva que se desarrolla para que el comportamiento humano sea modificado a nivel de Estímulos y Respuestas del condicionamiento clásico, sino más bien un método modernizado con resultados más latentes que no trata de esquematizar los comportamientos humanos. Definiendo al evento **A:** estímulos o acontecimientos, **B:** Creencias y **C:** Consecuencias.

Siendo el principal objetivo de esta técnica no centrarse en los acontecimientos los que provocan el comportamiento sino las creencias que tienen sobre ellos.

ABC DE LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA CONDUCTUAL

A: Es el acontecimiento activante.

Este primer paso se refiere a que sucedió, como percibió la persona lo sucedido, como fue la reacción del individuo, esta terapia es funcional ya que la TREC nos hace referencia entre la realidad objetiva y la realidad percibida, siendo que así la realidad se la percibe directa hacia la persona ya que expone tal cual como los hechos son para cada individuo evaluándola de manera diferente cada uno. Cuando se habla de creencias se refiere que hablamos de cogniciones, pensamientos, creencias racionales e irracionales sobre la descripción de realidades.

B: Las consecuencias

Se refiere directamente cuando el individuo presenta conflictos, problemas, conductas indebidas es decir los pacientes acuden a terapia debido a la existencia de la C de TREC.

Como existen diferentes tipos de reacciones del paciente, algunas pueden continuar su vida sin ninguna complicación y también existen los pacientes que necesitan ya de terapia psicológica para poder afrontarlos ya que esto va a depender de **A** es decir el acontecimiento para que sea variante la reacción del individuo, ya que según Lega, Caballo y Ellis (1999), menciona la persona que encuentra dificultad en expresar emociones se pueden inferir la presencia de ciertos estados emocionales.

Cabe recalcar que un aspecto importante de la TREC es que no todas las emociones son inapropiadas o serán objetivos para modificar, las emociones son muy útiles para buscar el manejo apropiado de las mismas según Caballo, Leal y Ellis (1999) manifiesta que las emociones apropiadas son la preocupación, tristeza, enojo, pesar, frustración. Y las emociones inapropiadas como la ansiedad, depresión, enojo excesivo, peligroso, culpa y vergüenza.

C: Las creencias

El sistema de creencias de la TREC se divide en dos maneras las creencias racionales y creencias irracionales la unión de estas dos son la evaluación de la realidad, y en los individuos se dan estos dos tipos de pensamientos en cualquier transcurso de la vida de los mismos .

Los pensamientos irracionales tienen una estructura como las siguientes características:

- No tienen una lógica
- No se pueden probar a través de la realidad empírica
- Son absolutistas y dogmáticas
- En consecuencia provocan emociones que perturban a la persona
- No ayudan a conseguir los objetivos trazados

FUNDAMENTOS DE LA TREC

El primordial objetivo de la Terapia Racional Emotiva es encontrar el elemento principal en el diagnóstico psicológico detectar las ideas irracionales del individuo, lo cual es la afectación directa hacia el problema que presenta el paciente por lo tanto esto incurre en las creencias que tiene sobre si mismo, sobre los demás y lo que le rodea al individuo.

“Los enfoques de la propuesta son rígidas y agrupadas dentro de la triada cognitiva, conllevan a tres conclusiones irracionales nucleares, que son creencias evaluativas llamadas inferencias y son tremendismo, baja tolerancia a la frustración y condenación”. (Caballo, Ellis y Lega, 1999).

- **Tremendismo:** Se refiere al acontecimiento que sucedió con excesiva negatividad del mismo.
- **Baja tolerancia a la frustración:** Se refiere a la exageración de una situación determinada que no puede conllevarla de manera usual ya que tiene el individuo a limitarse totalmente en realizarla, manifestado la incapacidad.

- **Condenación:** Tendencia a evaluar como mala la valía de alguien como persona, o de uno mismo, como resultado de la conducta individual.

EJEMPLIFICACION DE CASO:

A Evento Activante	B Creencia Irracional	C Consecuencia	D Disputa Racional	E Consecuencia de la Disputa
Reprobé un examen	Es terrible y catastrófico el que haya reprobado el examen, soy un inútil, no puedo soportarlo.	Sentimientos de minusvalía, tristeza.	Finalmente si repruebo un examen, puedo sobrevivir, nada catastrófico va a ocurrir. No es bueno que repruebe, pero nada terrible pasará.	Incomodidad, sentimientos de desagrado, pero no excesivos

2.- ACTIVIDAD:

ANALISIS DE CASO DE ACUERDO A TEORIA ABC DE LA TERAPIA RACIONAL EMOTIVA CONDUCTUAL.

Los pacientes participantes deberán solucionar el siguiente caso: Israel es un adolescente proveniente de un hogar disfuncional, vive con sus abuelos, sus estudios los realiza en décimo año, en las últimas semanas se siente solo, desesperado para tomar una decisión en su futuro, tiene miedo de morir solo, no sabe que estudiar y que especialidad optar para el 1ro de Bachillerato.

Ayuda a Israel por medio de la Terapia de Racional Emotiva a buscar soluciones y no desesperarse por su futuro, aplica tus sugerencias en el siguiente cuadro de Teoría ABC.

MIS SUGERENCIAS: Problema: ¿Que estudiare en el 1er año de Bachillerato?

A Evento Activante	B Creencia Irracional	C Consecuencia	D Disputa Racional	E Consecuencia de la Disputa
No séqué estudiar para el 1er año de Bachillerato.				

Problema: ¿No vivo con mis padres, sino solo con mis abuelos?

A Evento Activante	B Creencia Irracional	C Consecuencia	D Disputa Racional	E Consecuencia de la Disputa
No vivo con mis padres, sino solo con mis abuelos.				

ANALISIS DE CASO: Cesar termino su matrimonio hace 1 años, en los últimos tiempos sale semanalmente con sus amigos y se embriaga de igual forma, motivo por el cual ha perdido su trabajo.

Ayuda a Cesar por medio de la Terapia de Racional Emotiva a buscar soluciones para su futuro, aplica tus sugerencias en el siguiente cuadro de Teoría ABC.

MIS SUGERENCIAS:

Problema: ¿Cesar, se embriaga frecuentemente?

A Evento Activante	B Creencia Irracional	C Consecuencia	D Disputa Racional	E Consecuencia de la Disputa
Me embriago para olvidar mi divorcio.				

Problema: ¿He perdido mi trabajo?

A Evento Activante	B Creencia Irracional	C Consecuencia	D Disputa Racional	E Consecuencia de la Disputa
He perdido mi trabajo, por mi problema con el alcohol.				

EVALUACION PLAN N.2

Análisis de Caso: Gabriela es Española residente en el Ecuador, con cáncer terminal, su familia se encuentra junto a ella hasta que muera.

A Evento Activante	B Creencia Irracional	C Consecuencia	D Disputa Racional	E Consecuencia de la Disputa
He perdido mi trabajo, por mi problema con el alcohol.				

PLAN N°3

TEMA: ABC – Insight

OBJETIVO: Detección de las ideas irracionales

DETALLE: Retroalimentación acerca de ABC de la TREC, socialización del tema mediante ejemplos.

TIEMPO: 45 minutos.

1.- ACTIVIDAD: Explicación de cuadro resumen de teoría ABC, analizando el siguiente caso.

A SITUACIÓN (problema)	B PENSAMIENTOS IRRACIONALES (pensamientos negativos)	C CONSECUENCIAS EMOCIONALES Y CONDUCTUALES (Como me muestro ante el problema)	D PENSAMIENTOS REALISTAS ADAPTATIVOS (pensamientos positivos para mejorar problema)	E CONSECUENCIAS EMOCIONALES Y CONDUCTUALES (como me gustaría sentirme)
Mis compañeros se burlan cuando me equivoco en la escuela	Soy un tonto Me siento mal Mis compañeros son malos	Tristeza Depresión Baja autoestima	Me sentiré mejor Debo poner de parte mía para mejorar Debo esforzarme y estudiar mas	Feliz en mi escuela Ser valiente Sentirme bien conmigo mismo.

2.- ACTIVIDAD: Aplique la teoría ABC, tomando una respuesta negativa del Plan N.1 ¿Quién Soy Yo? Y complete el siguiente cuadro.

A SITUACION (problema)	B PENSAMIENTOS IRRACIONALES (pensamientos negativos)	C CONSECUENCIAS EMOCIONALES Y CONDUCTUALES (Como me muestro ante el problema)	D PENSAMIENTOS REALISTAS ADAPTATIVOS (pensamientos positivos para mejorar problema)	E CONSECUENCIAS EMOCIONALES Y CONDUCTUALES (como me gustaría sentirme)

EVALUACION PLAN N.3

Responda las siguientes preguntas, de práctica de terapia emotiva conductual – ABC.

a. Escriba el problema anterior seleccionado:

.....

b. ¿Por qué sucedió?

.....

c. ¿Cómo percibió la persona lo que sucedió?

.....

d. ¿Cómo evaluó la persona lo que sucedió?

PLAN N°4

PLAN N°4

TEMA: Ser Proactivos para la autoeficacia.

OBJETIVO: Fortalecer la proactividad.

DETALLE: Socialización y ejercicios de Proactividad.

1.- ACTIVIDAD: Socialización teoría de Stephen Covey sobre la Proactividad para la autoeficacia.

SER PROACTIVOS PARA LA AUTOEFICACIA.

MODELO PROACTIVO

"Gracias a la proactividad no somos esclavos de las acciones que sobre nosotros se efectúan, sino libres ejecutores de nuestra conducta..."

Stephen Covey

Según López, A (2012). La proactividad consiste en el desarrollo autoconsciente de proyectos creativos y audaces para la generación de mejores oportunidades. Se trata de tomar un sueño y realizar todas las acciones que sean necesarias para que se pueda cumplir.

Como seres humanos somos responsables de nuestras propias vidas. Nuestra conducta es una función de nuestras decisiones y no de nuestras condiciones. Podemos subordinar los sentimientos a los valores. Tenemos la iniciativa y la responsabilidad de hacer que las cosas sucedan, "responsabilidad" hace alusión a las palabras "responder" y "habilidad", es decir, tenemos la habilidad para elegir la respuesta a las distintas situaciones que se presentan. La conducta es un producto de elección consciente del hombre; se basa en valores y no es el producto de las condiciones ni está fundada en el sentimiento.

Lo anterior son las bases de la Proactividad; las personas proactivas se caracterizan por llevar consigo su propio clima, poseen la capacidad de

subordinar los impulsos a los valores, se mueven por valores cuidadosamente meditados, seleccionados e internalizados. También las personas proactivas se ven influenciadas por los estímulos externos (sean físicos, sociales o psicológicos) pero su respuesta a los estímulos, consciente o inconsciente, es una elección basada en valores.

Cuando una persona vive con Proactividad comprende que lo que hiera o dañe no es lo que sucede sino su respuesta a lo que le sucede; de hecho las experiencias más difíciles se convierten en los crisoles donde se moldea el carácter y se desarrollan las fuerzas internas, la libertad para abordar circunstancias difíciles en el futuro y para inspirar a otros la misma conducta.

La naturaleza básica del hombre consiste en actuar, no que se actúe sobre él. Esto le permite elegir sus respuestas a circunstancias particulares, y además le otorga poder para crear ciertas circunstancias. Tomar la iniciativa significa reconocer la responsabilidad de hacer que las cosas sucedan, es decir que uno mismo es quien tiene la responsabilidad de actuar y las consecuencias en cuanto al desarrollo y las oportunidades dependen de que se siga una u otra ruta. Haciendo una analogía con el área de computación, ser proactivo quiere decir que “usted es el programador”.

EJEMPLO DE PROACTIVIDAD:

LENGUAJE COMUN

No puedo lograrlo

Así soy yo

Debería

Claro

No

LENGUAJE PROACTIVO

Hay varias alternativas

Puedo mejorarlo

Lo hare

Por supuesto

Si

2. ACTIVIDAD: RESUMEN PRÁCTICO DE LA PROACTIVIDAD

Proactividad		
Actúa con iniciativa, dinamismo e interés, contribuyendo activa y constructivamente en los asuntos de la organización. Aborda las situaciones problemáticas con una actitud positiva y trata de anticipar los problemas y resolver los obstáculos que se interponen, basando su accionar en propuestas creativas –que rompan el status quo- para evitarlos o solucionarlos y participa efectivamente de la implantación y ejecución de las actividades necesarias.		
Inicial	Medio	Experto
<ul style="list-style-type: none"> • Va mas allá del objetivo inmediato y presenta nuevas ideas. • Evalúa las consecuencias a corto y mediano plazo de sus acciones. • Reporta dificultades y actúa para resolver los problemas que se presentan en su trabajo. • Estima los tiempos teniendo en cuenta alteraciones y/o obstáculos en el corto y mediano plazo. • Esta comprometido con la calidad del resultado de su trabajo. • Persiste a pesar de la resistencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Busca nuevas oportunidades para lograr mejores resultados y propone planes para llevarlos a cabo. • Evalúa las principales consecuencias de una decisión a mediano y largo plazo. • Se anticipa a las situaciones, identifica posibles amenazas y oportunidades; actúa en consecuencia. • Estima los tiempos teniendo en cuenta alteraciones y obstáculos en el mediano y largo plazo. • Comprometido con la calidad del producto de su trabajo y el de su equipo. • Valora y transmite una visión positiva y motivadora sobre los trabajos que conduce. 	<ul style="list-style-type: none"> • Busca nuevas oportunidades para lograr mejores servicios e innovadores y evalúa su factibilidad. • Evalúa las consecuencias de sus decisiones a mediano y largo plazo, tanto las principales como las secundarias. • Actúa antes que la situación lo requiera, anticipando posibles evoluciones y planificando acciones para prepararse eficazmente ante las posibles amenazas y oportunidades. • Estima los tiempos anticipando en forma realista las alteraciones y obstáculos en el largo plazo. • Comprometido con la calidad del resultado del proyecto. Establece e incentiva el cumplimiento de altos estándares de calidad. • Valora y transmite una visión positiva y motivadora sobre los trabajos que conduce.

EVALUACION PLAN N.4

Complete el siguiente cuadro de resumen mostrando cómo sería el comportamiento de una persona en cada uno de los niveles de Proactividad.

PROACTIVIDAD		
INICIAL	MEDIO	EXPERTO

PLAN N°5

PLAN N°5

TEMA: MODELO DE AUTOEFICACIA

OBJETIVO: Informar acerca de la Autoeficacia.

DETALLE: Exposición acerca de la teoría de Autoeficacia de Albert Bandura.

Generar interés sobre la autoeficacia para elevar sus niveles.

Tiempo: 60 minutos.

1. ACTIVIDADES:

TEORIA DE ALBERT BANDURA SOBRE LA AUTOEFICACIA.

Según la teoría revisada de Méndez, Roger (2013), la autoeficacia es la capacidad que presenta cada una de las personas para llegar a una meta, la autoeficacia es diferente de la noción de autoestima, que significa el orgullo que siente alguien por haber completado una tarea apremiante, Landy y Conte (2005). Bandura apunta que la creencia de la gente sobre su eficacia se puede desarrollar por cuatro fuentes principales de la influencia.

1. La manera más eficaz de crear un sentido fuerte de la eficacia surge de la adquisición gradual de complejas capacidades cognitivas, sociales, lingüísticas y físicas a través de la experiencia. Los éxitos construyen una creencia robusta en su eficacia personal. Las faltas la minan, especialmente si ocurren las faltas antes de que un sentido de la eficacia se establezca firmemente.

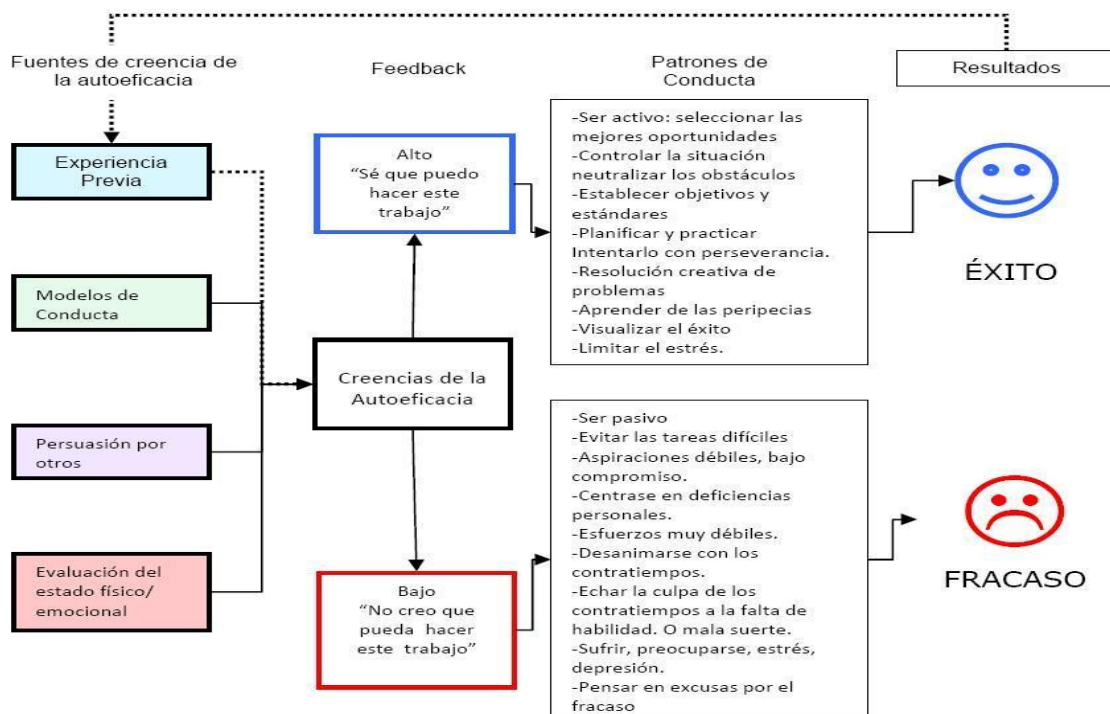
2. La segunda manera de crear y de consolidar uno mismo la creencia de la eficacia está con las experiencias vicarias proporcionadas por los modelos sociales. Viendo la gente similar a uno teniendo éxito, se aprende. De la misma manera, observando a otros fallar a pesar de alto esfuerzo, desalienta a las personas de su propia eficacia y mina sus esfuerzos.

3. La persuasión social es una tercera manera de consolidar la creencia de la gente para tener éxito. La gente que se persuade verbalmente, posee las capacidades para dominar actividades dadas y es probable movilizar mayor esfuerzo y sostenerlo cuando se presentan los problemas.

4. La gente también confía en parte en sus estados somáticos y emocionales y en sus capacidades. Interpretan sus reacciones como muestras de la vulnerabilidad.

Esta teoría se resume en que los individuos se programan a sí mismos para el éxito o para el fracaso, ejecutando sus expectativas de autoeficacia. Los resultados positivos o negativos son consecuentemente retroalimentación para la base de experiencia personal del individuo. Aunque la autoeficacia suena como una especie de magia mental, opera de manera muy sencilla como lo muestra de la figura siguiente:

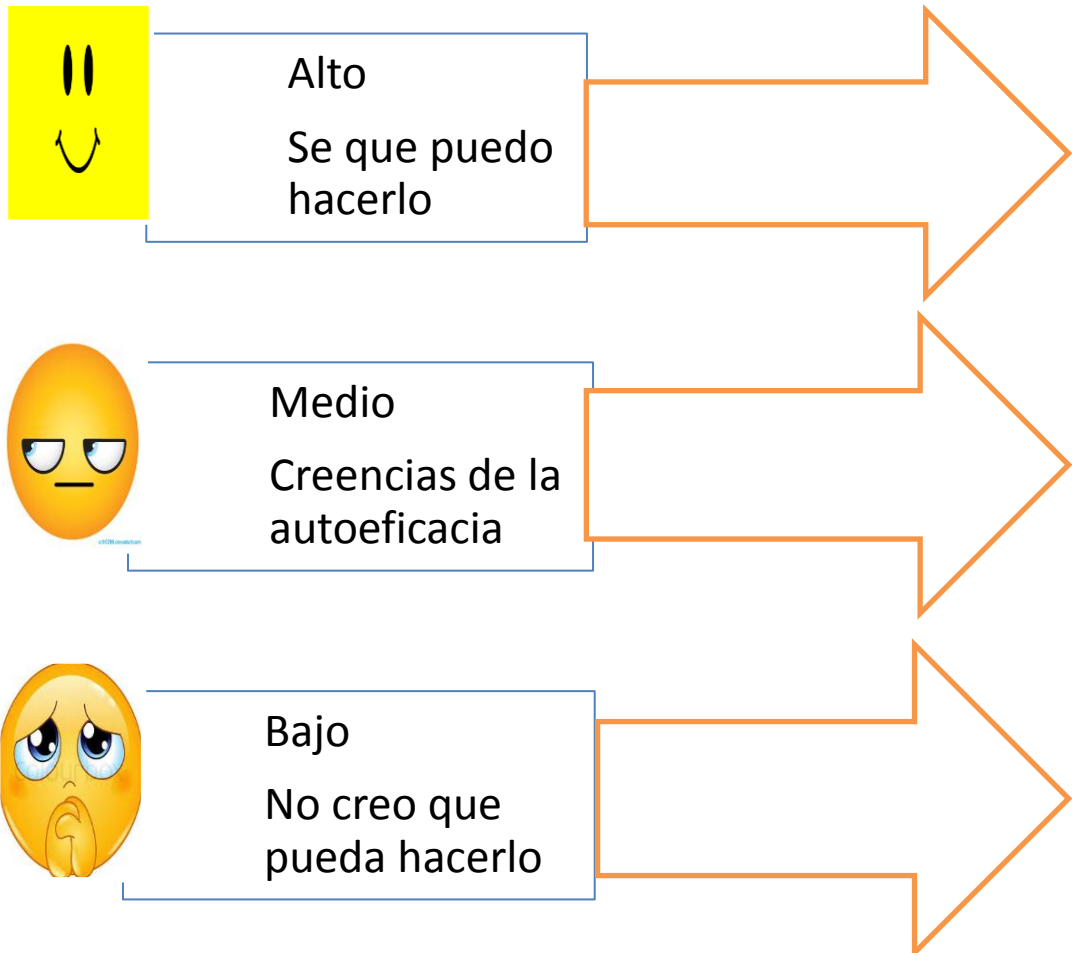
Figura del Modelo de la Teoría de la Autoeficacia de Bandura



FUENTE: Modelo tomado de Bandura (1989, a y b) y de Kreitner & Kinicki (1997), adaptado por Méndez Benavides para la investigación.

EVALUACIÓN PLAN N. 5

Con la explicación anterior sobre la Teoría de Bandura, cite 5 frases que se colocarían dentro de cada nivel de Autoeficacia.



PLAN N°6

PLAN N°6

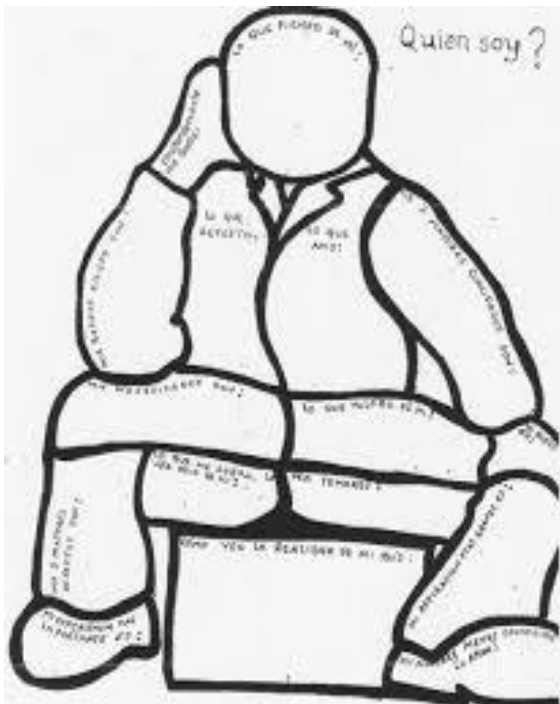
TEMA: Comprobar los conocimientos adquiridos en el plan de psicoeducación.

DETALLE: Realización de grupos de trabajo para la realización de las técnicas aprendidas mediante ejemplos vivenciales con los pacientes del centro de salud N°2.

TIEMPO: 60 minutos.

1. ACTIVIDAD

Plantear los planes psicoeducativos revisados en los 5 planes anteriores, y explique la ayuda brindada en cada uno.



PLAN N.1

Tema: ¿Quién soy yo?

Ayuda brindada con Plan N.1

Asistencia

brindada:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....
.....

A Evento Activante	B Creencia Irracional	C Consecuen cia	D Disputa Racional	E Consecuencia de la Disputa

PLAN N.2

Tema:Teoria ABC

Ayuda brindada con Plan N.2

Asistencia

brindada:.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

A SITUACION (problema)	B PENSAMIENTOS IRRACIONALES (pensamientos negativos)	C CONSECUENCIAS EMOCIONALES Y CONDUCTUALES (Como me muestro ante el problema)	D PENSAMIENTOS REALISTAS ADAPTATIVOS (pensamientos positivos para mejorar problema)	E CONSECUENCIAS EMOCIONALES Y CONDUCTUALES (como me gustaría sentirme)

PLAN N.3

Tema: Teoria ABC-Insight.

Ayuda brindada con Plan N.3

Asistencia

brindada:.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

PROACTIVIDAD		
INICIAL	MEDIO	EXPERTO

PLAN N.4

Tema:Proactividad.

Ayuda brindada con Plan N.4

Asistencia

brindada:.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....



Alto
Se que puedo hacerlo



Medio
Creencias de la autoeficacia



Bajo
No creo que pueda hacerlo

PLAN N.5

Tema:Autoeficacia.

Ayuda brindada con Plan N.5

Asistencia

brindada:.....

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, A.M. (2011). *Calidad de vida, apoyo social y autoeficacia en personas con infarto agudo de miocardio en un área sanitaria de la provincia de Huelva* (Tesis Doctoral). Universidad de Huelva, España Huelva.
- Actis di Pasquale, E. (2008). Observatorio laboral revista Venezolana: La operacionalización del concepto de bienestar social: Un análisis comparado de distintas mediciones. 1(2).
- Andrade, M. T. (2013). *Factores que se asocian en el desarrollo de la Autoeficacia de los profesores principiante*. (Tesis de Pregrado). Universidad San Francisco de Quito, Quito Ecuador.
- Alban, V.H. (24 de diciembre de 2013) . La calidad de vida y la clase media de Ecuador rompen todos los records. *El telégrafo*.
- Allport, F.H. (1924). *Social Psychology*. Boston: Houghton Mifflin.
- Alexander, T., Roodin, P., & Gorman, B. (1984). *Psicología evolutiva*. Madrid: Pirámide.
- Bandura, A. (1969). *La teoría social-aprendizaje de los procesos identificados*. En DA Goslin, Manual de teoría de la socialización y la investigación. Chicago: Rand McNally.
- Bandura, A. (1986). *Fundamentos sociales de pensamiento y acción: Una teoría cognitiva social*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall
- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y Acción*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bandura, A. (1997). *La autoeficacia. El ejercicio del control*. NY: WH Freeman.
- Bleger, J. (1963). *Psicología de la Conducta*. Buenos Aires: Paidós
- Carpi, A., González, P., Zurriaga, R., Marzo, J., & Buunk, A. (2010). Autoeficacia y percepción de control en la prevención de la enfermedad cardiovascular. *Universitas Psychologica*, 9(2), 423-432.
- Cepal, Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2013). La calidad de vida y la clase media de Ecuador rompen todos los records.

- Cervone, D. (1989). Efectos de la concepción de las actividades futuras en juicios de autoeficacia y la motivación: Una interpretación heurística de disponibilidad Terapia Cognitiva e Investigación.
- Constitución Política Del Ecuador (2008).
- Díaz, M. (2008). *Autoestima y Autoeficacia durante el proceso de jubilación en los hombres*. (Tesis de Pregrado). Universidad del Aconcagua, Mendoza Argentina.
- Ellis, A., Caballo, V. & Lega, L. (1999). “*Terapia Racional Emotivo Conductual*”, México, D. F.. Editorial Siglo XXI.
- Gonzalez, J. L. (1993). *Comportamiento humano*. Bilbao: Universidad de Deusto.
- Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. La gente y la salud. ¿Qué calidad de vida? Revista Internacional Desarrollo Sanitario. 1996;17(4).
- Herrera, L., Medina, A., & Naranjo, G. (2004). *Tutoría de la Investigación Científica*. Empredane gráficas, Quito.
- López, A. (2012). “Proactividad Y Autoconciencia”
- Musito, G. (2004). Introducción a la psicología comunitaria, Barcelona, UOC.
- Nuñez, A. C., Tobón, S., Arias, D., Hidalgo, C., Santoyo, F., Hidalgo, A., & Rasmussen, B. (2010). Calidad de vida, salud y factores psicológicos asociados. *Perspectivas en psicología*. 13(1). México, BVS ADOLEC.
- Pajares, F. (1997). Corrientes direcciones en la investigación autoeficacia. En M. Maehr y P. Pintrich (eds.): *Advances in motivation and achievement*. 10, 1-49. Greenwich, CT: JAI Press.
- Pereira, C. E. (2009). La conducta y el comportamiento humano. Ramirez College Bussines and Technology. Recinto de Rio Piedras
- Piaget, J. (1981). *Psicología de la inteligencia*. Argentina; Editorial Psique.
- Pérez, G. (2002). *Investigación cualitativa. Retos e interrogantes*. II Técnicas y análisis de datos. Madrid: La muralla.

- Pozo, J.I. (1989). Teorías del aprendizaje. Madrid: Morata
- Papalia, D., Wendkos, S. & Duskin, R. (2001). *Desarrollo Humano*. Bogotá: McRae-Hill.
- Reed, C. (30 de Junio de 2004). Calidad de vida de Ambato tiene una percepción baja. La Hora.
- Rojas, F. (2001). Enfoque sobre el aprendizaje humano. Venezuela: Universidad Simon Bolivar.
- Rosenthal, T. L., & Zimmerman, B. J. (1978). *El aprendizaje social y la cognición*. Nueva York: Academic Press.
- Ross, E.A. (1908). *Social psychology*. An outline and source-book. Nueva York. McMillan.
- Ruiz, S., Sajón, L., y Botto, V. (2009). Directorio de Competencias para la Administración Pública Nacional. Versión Preliminar.
- Senplades (2014). Plan Nacional para el Buen Vivir. Quito.
- Ware, J. E., Prieto L., & Antó J. M. (1995). "The MOS 36-item short form health survey (SF-36)", Med Care.

LINKOGRAFÍA

- Aguilar, E. (2011). Atención primaria en salud mental: Problemas frecuentes en la salud mental y su abordaje en el nivel primario de atención. Recuperado en: http://instituciones.msp.gob.ec/images/Documentos/Programas/saludmental/atencion_primaria_salud_mental.pdf
- Alonso J., Prieto L, Antó J.M. (1995). "La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos". Med Clin. 78(5). 18- 20. Recuperado en: http://www.scielo.org/scielo.php?pid=S1135-57272004000500006&script=sci_arttext.
- Avendaño, M. J., & Barra, E. (2008). Autoeficacia, Apoyo Social y Calidad de Vida en Adolescentes con enfermedades crónicas. Terapia

- Psicológica, 26(2), 165- 172. Disponible en:
<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082008000200002>
- Blanco, A., & Díaz, D. (2005). El bienestar social: su concepto y medición. *Psicothema* 17(4) 582- 589. Disponible en: www.psicothema.com.
 - Cardona, J., Higuera, L. (Diciembre, 2014). Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. *Revista Cubana Salud Pública*, 40(2). 175-189. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-34662014000200003&script=sci_arttext.
 - Carpi, A., González, P., Zurriaga, R., Marzo, J. C., & Buunk, A. P. (2010). Autoeficacia y percepción de control en la prevención de la enfermedad cardiovascular. *Universitas Psychologica*, 9(2), 423-432. Recuperado en [:http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672010000200010&lang=pt](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672010000200010&lang=pt)
 - Castillo, M. R. (Noviembre, 2009). Creencias de autoeficacia y coaching. Trabajo presentado en IV Jornadas Internacionales Mentoring & Coaching, Madrid. Recuperado en: http://innovacioneducativa.upm.es/jimcue_09/comunicaciones/02_22-45_Coaching_Creencias.pdf.
 - Cid, P., Orellana, A., & Barriga, O. (2010). Validación de la escala de autoeficacia general en Chile: *Revista Med Chile*. 138(5). 551- 557. Recuperado de: <http://www.scielo.cl/pdf/rmc/v138n5/art04.pdf>.
 - Declaración Internacional de los Derechos Humanos (1993). Disponible en: <http://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/InternationalLaw.aspx>
 - Espinosa A. La paradoja de la salud y el modelo médico hegemónico [editorial]. *Rev Cubana Salud Pública*. 2013 [citado 10 Ene 2013];39(1):1-3. Recuperado en http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000100001&lng=e2013.

- Fierro, A. (2006). Clínica y salud: Bienestar personal, adaptación social y factores de personalidad. 17(3).España, Madrid.
Recuperado en:
http://scielo.isciii.es/pdf/clinsa/v17n3/v17n3a06.pdf?origin=publication_detail
- Kolb, D.A. (1984). Aprendizaje Experiencial. Englewood Cliffs, NJ. Prentice Hall. Recuperado el 10 de Diciembre del 2014. Disponible en:
http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/electivas/693_capacitacion/material/descargas/aprendizaje_experiencial_pawelek.pdf.
- Landriscini, N. (2006). La terapia racional emotiva de Albert Ellis: *Revista Norte de Salud Mental*. 1(25).126-129. París. Disponible en:
<http://documentacion.aen.es/pdf/revista-norte/volumen-vi/revista-25/126-la-terapia-racional-emotiva-de-albert-ellis.pdf>
- Méndez, R. (2013), Modelo de la Autoeficacia del Dr. Albert Bandura, recuperado de
[:http://rogermendezbenavides.blogspot.com/2009/09/modelo-de-la-autoeficacia-del-dr-albert.html](http://rogermendezbenavides.blogspot.com/2009/09/modelo-de-la-autoeficacia-del-dr-albert.html)
- Munné, F. (2008). La psicología social como ciencia teórica. Barcelona PPU. Recuperado en:
<file:///C:/Users/Usuario/Downloads/La+psicolog%C3%ADa+soci+al+como+ciencia+te%C3%B3rica.pdf>
- Olaz, F. (1997). Revista electronica de motivación y emoción: Autoeficacia, diferencias de genero y comportamiento vocacional. 6(13). Recuperado en:
<http://reme.uji.es/articulos/aolazf5731104103/texto.html>
- Organización mundial de salud, Que es salud mental?. (2007). Recuperado en:
<http://www.who.int/features/qa/62/es/>
- Olivari, C.,& Urra, E. (2007). Autoeficacia y conductas de Salud. Ciencia y enfermería. 12(1). Recuperado en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532007000100002

- Organización mundial de la salud, Temas de Salud. (2015). Salud Mental. Recuperado en: http://www.who.int/topics/mental_health/es/.
- Pascual, P. L. (Octubre, 2009). Innovación y Experiencias Educativas: Teorías de Bandura aplicadas al aprendizaje. 45(6). Recuperado en: http://www.csicsif.es/andalucia/modules/mod_ense/revista/pdf/Nu_mero_23/PE_DRO%20LUIS_%20PASCUAL%20LACAL_2.pdf
- Perales, C. M., García, A., & Reyes, G. A. (2012). Predictores psicosociales de la calidad de vida en pacientes con insuficiencia renal crónica en tratamiento de hemodiálisis. *Nefrología Madrid*, 32(5), 622-630. Recuperado en: <http://dx.doi.org/10.3265/Nefrologia.pre2012.Jun.11447>
- Reyes, K., & Hernández, M. R. (2011). Análisis crítico de los estudios que exploran la autoeficacia y bienestar vinculados al comportamiento Saludable. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, 3 (2), 5-24. DOI:10.5460/jbhsi.v3.2.29915
- Robbins, S. T. (2004). Comportamiento Organizacional. Aprendizaje. (10) Mexico, Pearson Education. Recuperado de <https://books.google.com.ec/books?id=OWBokj2RqBYC&printsec=frontcover&hl=es#v=onepage&q&f=false>
- Sánchez, C., Esparza, G., Clark, Y., & López, M. (2006). Definición e interpretación de indicadores de bienestar social para un proyecto de desarrollo regional. Obregón, México. Recuperado en: http://www.itson.mx/publicaciones/pacioli/Documents/no72/54b.-_definicion_e_interpretacion_de_indicadores_de_binestar_social_para_proyecto_de_desarrollo_regionalx.pdf
- Urzúa, A., & Caqueo, A. (2012). Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica* 30(1), 61-71. DOI: <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>

CITAS BIBLIOGRÁFICAS DE BASE DE DATOS UTA

- **PROQUEST.** Alpuche A., Vega L. (2014). Predicción del comportamiento lector a partir de la autoeficacia. *RMIE.* 19(60). 241- 266.
- **EBRARY.** Arita, B. Y. (2006). Calidad de vida y bienestar subjetivo en México. Percepción de la calidad de vida en la zona urbana de Culiacán: Integración de enfoques alternativos. México. Plaza y Valdés. S.A. Recuperado en: <http://site.ebrary.com/id/10889751?ppg=198>.
- **PROQUEST.** Bellver, A. (2007). Eficacia de la terapia grupal en la calidad de vida y el estado emocional en mujeres con cáncer de mama. *Psicooncologia.*4 (1). 133-142.
- **INTERNATIONAL JOURNAL OF CLINICAL AND HEALTH PSYCHOLOGY.** Gómez, A., & Botella, L. (2007). Efecto de una intervención psicosocial sobre calidad de vida, estado sintomática y construcción del sí mismo en pacientes de esquizofrenia. *International Journal of Clinical and Health Psychology.* 7(2). 349-367.
- **INTERNATIONAL JOURNAL OF CLINICAL AND HEALTH PSYCHOLOGY.** Riveros, A., Cortazar, J., Alcazar, F., & Sánchez, J. (2005). Efectos de una intervención cognitivo- conductual en la calidad de vida, ansiedad, depresión y condición médica de pacientes diabéticos e hipertensos esenciales. *International Journal of Clinical and Health Psychology.* 5(3). 445-462.

ANEXOS

ESCALA DE AUTOEFICACIA GENERALIZADA

Elaborada por Schwarzer&Jerusalem

Instrucciones: En seguida se incluyen algunas afirmaciones que tienen que ver con maneras en las que las personas enfrentan diversas situaciones de la vida. Lea atentamente cada afirmación y, a continuación, marque la opción de respuesta que refleje mejor cómo cree usted que se comportaría si tal situación se le presentara, colocando un aspa (X) en el espacio que crea más pertinente.

Trabaje con rapidez y elija la respuesta que vino a su mente en primer lugar. No se olvide de poner su marca en cada afirmación, pero ponga cuidado de no poner más de dos marcas (X) en respuesta a una afirmación.

AFIRMACIONES	Incorrecto	Apenas cierto	Más 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 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 enfrentarlas.				
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.				

Cuestionario SF-36 sobre su estado de salud (español, Colombia), versión 1.2

Instrucciones: las preguntas que siguen se refieren a lo que usted piensa sobre su salud. Sus respuestas permitirán saber cómo se encuentra usted y hasta qué punto es capaz de hacer sus actividades habituales.

Conteste cada pregunta tal como se indica. Si no está seguro/a de cómo responder a una pregunta, por favor conteste lo que le parezca más cierto.

1. En general, ¿diría usted que su salud es: (**marque un solo número.**)

excelente?	1
muy buena?	2
buena?	3
regular?	4
mala? .	5

2. ¿Cómo calificaría usted su estado general de salud actual, comparado con el de hace un año?

(Marque un solo número.)

Mucho mejor ahora que hace un año	1
Algo mejor ahora que hace un año	2
Más o menos igual ahora que hace un año	3
Algo peor ahora que hace un año	4
Mucho peor ahora que hace un año	5

3. Las siguientes preguntas se refieren a actividades que usted puede hacer durante un día normal. **¿Su estado de salud actual lo/la limita en estas actividades? Si es así, ¿cuánto?**

(Marque un número en cada línea.)

	Sí, me limita mucho	Sí, me limita poco	No, no me limita para nada
a. Actividades intensas, tales como correr, levantar objetos pesados, participar en deportes agotadores	1	2	3
b. Actividades moderadas, tales como mover una mesa, empujar una aspiradora, trapear, lavar, jugar fútbol, montar bicicleta.	1	2	3
c. Levantar o llevar las bolsas de compras	1	2	3
d. Subir por las escaleras varios pisos	1	2	3
e. Subir un piso por la escalera	1	2	3
f. Agacharse, arrodillarse o ponerse en cuclillas	1	2	3
g. Caminar más de un kilómetro (10 cuadras)	1	2	3
h. Caminar medio kilómetro (5 cuadras)	1	2	3
i. Caminar cien metros (1 cuadra)	1	2	3
j. Bañarse o vestirse	1	2	3

4. Durante las últimas cuatro semanas, ¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades diarias normales a causa de su salud física?

(Marque un número en cada línea.)

	Sí	No
a. ¿Ha disminuido usted el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades?	1	2
b. ¿Ha podido hacer menos de lo que usted hubiera querido hacer?	1	2
c. ¿Se ha visto limitado/a en el tipo de trabajo u otras actividades?	1	2
d. ¿Ha tenido dificultades en realizar su trabajo u otras actividades (por ejemplo, le ha costado más esfuerzo)?	1	2

5. Durante las últimas cuatro semanas, **¿ha tenido usted alguno de los siguientes problemas con su trabajo u otras actividades diarias normales a causa de algún problema emocional (como sentirse deprimido/a o ansioso/a)?**
(Marque un número en cada línea.)

	Sí	No
a. ¿Ha disminuido el tiempo que dedicaba al trabajo u otras actividades?	1	2
b. ¿Ha podido hacer menos de lo que usted hubiera querido hacer?	1	2
c. ¿Ha hecho el trabajo u otras actividades con menos cuidado de lo usual?	1	2

6. Durante las últimas cuatro semanas, **¿en qué medida su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales normales con su familia, amigos, vecinos u otras personas?**
(Marque un solo número.)

Nada en absoluto	1
Ligeramente.	2
Moderadamente	3
Bastante	4
Extremadamente	5

7. **¿Cuánto dolor físico ha tenido usted durante las últimas cuatro semanas?**
(Marque un solo número.)

Ninguno	1
Muy poco	2
Poco	3
Moderado	4
Mucho	5
Muchísimo	6

8. Durante las últimas cuatro semanas, **¿cuánto ha dificultado el dolor su trabajo normal (incluyendo tanto el trabajo fuera del hogar como las tareas domésticas)?**

Nada en absoluto	1
Un poco	2
Moderadamente	3
Bastante	4
Extremadamente.	5

9. Las siguientes preguntas se refieren a cómo se siente usted y cómo le han salido las cosas durante las últimas 4 semanas. En cada pregunta, por favor elija la respuesta que más se aproxime a la manera como se ha sentido usted.

¿Cuánto tiempo durante las últimas cuatro semanas...

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Casi nunca	Nunca
a. Se ha sentido lleno/a de vitalidad?	1	2	3	4	5	6
b. ha estado muy nervioso/a?	1	2	3	4	5	6
c. se ha sentido con el ánimo tan decaído/a que nada podría animarlo/a?	1	2	3	4	5	6
d. se ha sentido tranquilo/a y sereno/a?	1	2	3	4	5	6
e. ha tenido mucha energía?	1	2	3	4	5	6
f. se ha sentido desanimado/a y triste?	1	2	3	4	5	6
g. se ha sentido agotado/a?	1	2	3	4	5	6
h. se ha sentido feliz?	1	2	3	4	5	6
i. se ha sentido cansado/a?	1	2	3	4	5	6

10. Durante las últimas cuatro semanas, **¿cuánto tiempo su salud física o sus problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales (como visitar amigos, parientes, etc.)?**

(Marque un solo número.)

Siempre	1
Casi siempre	2
Algunas veces	3
Casi nunca	4

Nunca

5

11. ¿Cómo le parece cada una de las siguientes afirmaciones?

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No sé	Bastante falsa	Totalmente falsa
a. Me parece que me enfermo más fácilmente que otras personas.	1	2	3	4	5
b. Estoy tan sano/a como cualquiera.	1	2	3	4	5
c. Creo que mi salud va a empeorar.	1	2	3	4	5
d. Mi salud es excelente.	1	2	3	4	5