



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO

Facultad de Educación y Humanidades

Departamento de Ciencias Sociales

Escuela de Psicología

AUTOEFICACIA Y SU RELACIÓN CON EL CONSUMO DE TABACO Y ALCOHOL EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS

MEMORIA PARA OPTAR AL TÍTULO DE PSICÓLOGO.

AUTORAS: GODOY RAMOS, PAULINA SILVANA

MEDEL FERNÁNDEZ, MÓNICA FERNANDA

Profesora Guía: Vásquez Rivas, Claudia Verónica

CHILLÁN 2012

Agradecimientos.

Agradecemos a todas aquellas personas que colaboraron para hacer posible la ejecución de esta investigación, especialmente:

A nuestras familias, pilares fundamentales en la formación, especialmente en esta etapa.

A nuestra profesora guía, Claudia Vásquez por su apoyo profesional y humano a lo largo del proceso.

A la profesora Mónica Pino por su apoyo metodológico.

A Patricia Cid por su voluntad, disposición y por su aporte desinteresado para sacar adelante este proyecto.

Dedicatoria.

Primeramente agradezco a Dios por darme la posibilidad de finalizar este difícil proceso, entregándome la fuerza y valentía necesaria para superar los constantes obstáculos que fueron parte de la experiencia universitaria. A mi familia, especialmente a mis padres y hermana por su amor y apoyo incondicional durante esta etapa, convirtiéndose en pilares fundamentales cuando las fuerzas flaqueaban. A las lindas personas que conocí durante la carrera, amigos que me acompañaron siempre, gracias por su apoyo y motivación constante. A mi amiga y compañera de tesis, gracias por la alegría, paciencia y apoyo brindado para concluir el presente trabajo.

Paulina Godoy.

Primeramente dedico esta tesis a toda mi familia, en especial a mis padres, por creer en mí y por el constante apoyo a través de los largos años de formación, especialmente en los momentos más complejos, ya que sin ellos nada de esto hubiera sido posible. También a mis hermanos, Daniela y especialmente a Matías, quien fue un constante apoyo en el proceso y quien tuvo que soportar largas horas de búsqueda bibliográfica.

A mis familiares que me acogieron en Chillán y que pusieron toda la disposición para que el proyecto de una futura psicóloga resultara. A mi tía Mónica, con quien más compartí estos cinco años, por su comprensión, apoyo y paciencia; a mis primos Ricardo, Ana Lorena y tío Joel, quienes siempre tuvieron la voluntad de apoyar el proceso y fueron un gran soporte emocional.

Por último, a aquellas personas que han sido importantes en esta etapa y en mi vida, sobre todo las amistades de largos años y aquellas forjadas en el proceso de formación. A mi compañera de tesis, Paulina, por su dedicación, alegría y amistad en el desarrollo de este trabajo.

Mónica Medel.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN.....	6
II. PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA.....	7
II.1 Planteamiento del problema.....	7
II.2 Justificación.....	9
II.4 Objetivos.....	11
III. MARCO REFERENCIAL.....	12
III.1 Antecedentes teóricos.....	12
III.1.1 Concepto de autoeficacia.....	12
III. 1.2 Desarrollo de la autoeficacia en el individuo.....	14
III.1.3 Perspectiva evolutiva adultez temprana.....	17
III.1.4 Autoeficacia percibida.....	21
III.1.4.1 Autoeficacia y salud.....	27
III.1.4.2 Autoeficacia y consumo de drogas.....	29
III.1.5 Consumo de tabaco y alcohol.....	30
III.1.5.1 Consumo de tabaco.....	30
III.1.5.2 Consumo de alcohol.....	33
III.1.6 Investigaciones autoeficacia y consumo de drogas.....	34
III.2 Antecedentes empíricos.....	36
III.3 Marco epistemológico.....	40
IV. DISEÑO METODOLÓGICO.....	43
IV.1 Metodología.....	43
IV.2 Diseño.....	43
IV.3 Hipótesis.....	44
IV.4 Técnicas de recolección de información.....	44
IV.5 Instrumentos.....	45
IV.5.1 Validación del instrumento.....	46
IV.5.2 Escala final.....	48
IV.6 Población/muestra.....	52
IV.7 Análisis de datos propuesto.....	53
IV.8 Criterios de calidad.....	54
V. RESULTADOS.....	59
V.1 Población muestral.....	60

V.2 Resultados autoeficacia general en población universitaria.	61
V.2.1 Resultados según sexos:.....	62
V.2.2 Categorías de nivel de autoeficacia general en población universitaria	64
V.2.3 Resultados autoeficacia general según años en la universidad.....	65
V.3 Resultados consumo alcohol y tabaco en población universitaria.	67
V.3.1 Consumo alcohol.	67
V.3.1.1 Consumo alcohol en población universitaria.	67
V.3.1.2 Consumo de alcohol según sexo.	73
V.3.1.2.2 Consumo de alcohol en hombres.	77
V.3.1.3 Consumo de alcohol según años en la universidad.....	82
V.3.2 Consumo tabaco.....	84
V.3.2.1 Consumo de tabaco en población universitaria.	84
V.3.2.2 Consumo de tabaco en población universitaria según sexo.	90
V.3.2.2.1 Consumo de tabaco en mujeres.	90
V.3.2.2.2 Consumo de tabaco en hombres.	94
V.3.2.3 Consumo tabaco según años en la universidad.....	100
V.3.3 Diferencias entre consumo de alcohol y tabaco en población universitaria.	102
V.4 Correlaciones de variables.	103
V.4.1 Autoeficacia general y consumo de alcohol en población universitaria.	103
V.4.1.1 Autoeficacia general y consumo de alcohol según sexo:.....	104
V.4.2 Autoeficacia general y consumo de tabaco en población universitaria.	106
V.4.2.1 Autoeficacia general y consumo de tabaco por sexo:	107
VI. CONCLUSIONES.....	109
VII. REFERENCIAS	118
VIII.ANEXOS	127

I. INTRODUCCIÓN.

La teoría cognitivo conductual social planteada por Bandura (1987) otorga relevancia a las cogniciones autoreflexivas y al autoconocimiento como aspectos distintivos de los seres humanos, incorporando a esta teoría el concepto de autoeficacia, el cual constituye un gran aporte al quehacer psicológico, especialmente por el vínculo empírico que posee esta variable con diversas conductas. Desde este enfoque, se plantea el concepto de autoeficacia como una de las variables intervinientes de mayor incidencia al momento de ejecutar alguna acción, como son las conductas de riesgo para la salud.

Al respecto, se propone dar énfasis a lo que Bandura (1987) plantea como la interferencia de los procesos cognitivos en la creencia de ser capaz de controlar los estímulos del medio en situaciones sociales o vitales estresantes, como lo es el consumo elevado de alcohol y tabaco.

Por su parte, el consumo de tabaco y alcohol es una conflictiva a nivel mundial, pues, como lo mencionan Romero, Santander, Hitschfeld, Labbé y Zamora (2009), se constituyen en hábitos presentes en gran parte de la población y, dadas las características del consumo, configuran un problema de salud pública actual.

Nuestro país no se encuentra exento de esta problemática, pues cifras lo muestran como uno de los países líderes en el consumo de tales drogas, ya que, a pesar de los grandes esfuerzos gubernamentales, la prevalencia no ha bajado en cifras considerables, sobre todo en la población juvenil de 18 a 36 años, período en el cual se encuentra circunscrita la población universitaria (CONACE, 2008), grupo etáreo con el cual se trabajará en la presente investigación.

En base a lo anterior, se plantea que la autoeficacia puede ser utilizada como herramienta psicológica de enfrentamiento ante situaciones altamente estresantes o adversas, como el consumo de alcohol y tabaco (Mayor, 2008), aspecto que se profundizará a través de teorías e investigaciones sobre las cuales se sustenta mayormente esta investigación.

El estudio se llevó a cabo a través de la metodología cuantitativa, desde la cual se abordó la temática de consumo de alcohol y tabaco en población universitaria y cómo se relaciona con el nivel de autoeficacia general a través de un estudio descriptivo-correlacional, profundizando en dichos tópicos debido a que diversos estudios plantean esta relación en distintas poblaciones (Olivari y Barra, 2005; Martínez, Pedrão, Alonso, López y Oliva, 2008; Gaspar y Martínez, 2008; Reséndiz, 2004), especialmente en adolescentes y trabajadores, excluyendo a la población universitaria como foco de estudio de estas variables en Chile.

Para esto se llevó a cabo una revisión teórica de los componentes a investigar, para luego analizar cómo se comportan empíricamente; es decir, se midió el nivel de autoeficacia general de la población universitaria de Chillán, posteriormente se caracterizó el consumo de drogas lícitas a través de la cantidad y frecuencia y finalmente se exploró la correlación entre ambas variables.

Finalmente esperamos que el trabajo sea una contribución significativa para incrementar el conocimiento empírico de la teoría de autoeficacia en esta población, además de visibilizar y actualizar la información respecto al consumo de drogas lícitas.

II. PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA.

II.1 Planteamiento del problema.

El consumo de drogas es un problema mundial de significativa magnitud, calculándose un total de 200 millones de personas consumidoras en el mundo, razón por la cual en los últimos veinte años se ha venido insistiendo sobre la prevención como estrategia eficaz para hacer frente a dicha situación (Melo y Castaheira, 2010).

En la actualidad son variadas las medidas que se han tomado al respecto, no obstante, en el ámbito nacional las iniciativas gubernamentales no han tenido suficiente impacto dentro de la población, como lo da a conocer el Consejo Nacional para el Control

de Estupefacientes (CONACE) entre los años 2005-2008. Respecto al tabaco, éstas se han enmarcado en su mayoría en la difusión de información sobre el riesgo que conlleva fumar para la salud de la población, tanto en fumadores como en no fumadores a través de campañas publicitarias y comunicacionales, compartiendo similares políticas para el alcohol (Ministerio de Salud, 2010).

Esta realidad mundial no solo afecta a la población adulta, pues según Salazar y Arrivillaga (2004), el consumo de sustancias psicoactivas es también una problemática creciente en la población juvenil. Estas drogas han empezado a tomar un papel central en en la medida que cumplen una función facilitadora frente a situaciones adversas en las que se tiene poco sentido de control y eficacia personal o autoeficacia.

El mundo universitario está muchas veces cargado de una tensión simbólica dada por el tránsito a una vida adulta. Este pasaje implica también el riesgo asociado a la toma de decisiones, aprovechando las oportunidades y controlando los riesgos conocidos. Al ingresar a la universidad los jóvenes, según Vázquez (2004 en CONACE, 2008) se ven expuestos a una cultura universitaria, la cual está compuesta por códigos y características propias, dentro de las cuales se encontraría el consumo de sustancias, por lo que el uso de drogas estaría significado como parte del contexto y del estatus de estudiante universitario. En este sentido, el consumo de drogas sería percibido como una forma de pertenecer a la macro cultura universitaria y a los subgrupos que se desarrollan en ella.

Según CONACE (2008), en variados estudios se ha podido constatar que el consumo de alcohol y tabaco es una práctica común entre los jóvenes universitarios. Los conocimientos que éstos poseen sobre los efectos del consumo están dados desde el sentido común que, de alguna u otra forma, permiten discriminar cuál o cuáles son las drogas que contienen mayor nivel de toxicidad. A pesar de lo anterior, no se limita su consumo, fenómeno que se aprecia particularmente en el caso del alcohol.

En este sentido, el desarrollo de la teoría social cognitiva ha generado estudios en relación a los hábitos y determinadas conductas en el estado de salud, mostrando que las expectativas de autoeficacia constituyen un factor que de modo individual o integrado con

otras variables, explican dichas conductas y proporcionan herramientas para el cambio hacia la adopción de hábitos de salud (Salanova, Grau, Martínez, Cifre, Llorens y García, 2004).

El concepto de autoeficacia planteado por Bandura (1987) cobra especial importancia al afirmar que las conductas están mediadas por las capacidades del individuo y sus cogniciones autoreflexivas, ya que la creencia de ser capaz de superar la tentación de consumir alcohol o tabaco influye en el inicio del consumo y en el resultado del tratamiento debido a que condiciona la actitud, la motivación y el esfuerzo del individuo.

El supuesto central de esta teoría es que los procedimientos de intervención psicológicos, cualquiera que sea su forma, actúan como instrumento que modifican la autoeficacia. A su vez, la autoeficacia determina el cambio conductual (López-Torrecillas, Del Mar, Verdejo y Cobo, 2002), constituyéndose como un factor protector a incentivar en la población, interviniendo al momento de inicio del consumo de drogas, en la mantención, el control y la rehabilitación en drogodependientes.

Por lo tanto, se hace necesario, investigar el nivel de autoeficacia presente en la población universitaria de Chillán y su relación con el consumo de alcohol y tabaco, ya que, como se plantea anteriormente, se constituye en posible factor protector para incorporar como estrategia de intervención hacia el consumo.

II.2 Justificación.

En cuanto a la relevancia teórica, la importancia de llevar a cabo la presente investigación radica primeramente en la escasa cantidad de investigaciones sobre la variable autoeficacia en Chile, tanto como se presenta en la población como sus consecuencias a nivel individual en relación con el consumo de drogas lícitas, específicamente en universitarios, profundizando en este concepto a través de un instrumento creado específicamente para la investigación, titulado Escala de Autoeficacia General para Universitarios.

El instrumento creado para la investigación pretende medir la autoeficacia general en la población universitaria, aportando nuevas herramientas para su estudio. Su creación se basó en la teoría cognitiva social de Bandura (1987), en el aporte de Schwarzer, Luszczynska y Gutiérrez-Doña (2005) a través del concepto de Autoeficacia General y en la perspectiva evolutiva de Erikson (1970), el cual será puesto a disposición de todas las personas ligadas al ámbito psicológico, psiquiátrico e investigativo.

Por su parte, la relevancia social está dada por las problemáticas asociadas a un bajo nivel de autoeficacia, como lo son las conductas de riesgo para la salud (Lozano, 2001; Tijerina, 2005; Reséndiz, 2004), tomando en cuenta que según CONACE 2008, es la población universitaria la que presenta mayor consumo de alcohol y tabaco hoy en día, siendo de importancia práctica incorporar más conocimiento sobre el tema, debido a su contingencia mundial y nacional como por sus consecuencias nocivas para la salud (OMS, 2010).

Si bien es cierto que el inicio en el consumo de alcohol y tabaco se sitúa generalmente en la etapa previa de la adolescencia, el trabajo con universitarios ofrece la posibilidad de complementar dicha visión general con el análisis de una población que permite indagar no sólo la cuestión del inicio al consumo, sino las variables que se relacionan con el mantenimiento de éste.

En este sentido, se plantea a la autoeficacia como factor protector frente a esta realidad social, pues actuaría como fortaleza o factor positivo personal que evitaría el consumo excesivo de drogas, por lo que se trataría de fortalecer esta variable teniendo en cuenta su naturaleza relativamente flexible y su incidencia en conductas preventivas y de tratamiento (Reséndiz, 2004).

Es por ésto que se considera necesario saber cómo se presenta la autoeficacia general en la población universitaria, incorporando bases empíricas para futuras acciones preventivas y de tratamiento de consumo de drogas en ámbito clínico y psicoterapéutico.

II.3 Pregunta de investigación.

¿Cuál es el nivel de autoeficacia general presente en la población universitaria de Chillán? ¿El nivel de autoeficacia general se relaciona con el consumo de tabaco y alcohol en estudiantes universitarios de la ciudad de Chillán?

II.4 Objetivos.

Objetivo general.

Medir el nivel de autoeficacia general e indagar respecto a posible relación con el nivel de consumo de tabaco y alcohol en la población universitaria de Chillán.

Objetivos específicos.

Validar el instrumento creado para la investigación denominado Escala de Autoeficacia Generalizada para Universitarios, en la ciudad de Chillán.

Medir el nivel de autoeficacia general en la población universitaria de la ciudad de Chillán.

Establecer si existe correlación entre el nivel de autoeficacia general y el nivel de consumo de tabaco y alcohol en la población universitaria de la ciudad de Chillán.

III. MARCO REFERENCIAL.

III.1 Antecedentes teóricos.

III.1.1 Concepto de autoeficacia.

El marco conceptual aborda en primer lugar el concepto de autoeficacia percibida desde la teoría cognitiva social, posteriormente su relación con el consumo de tabaco y alcohol y finalmente las investigaciones relacionadas con las variables en estudio.

La teoría de la autoeficacia tiene una historia relativamente breve, situando sus inicios en el año 1977 con la publicación de la obra “La autoeficacia: hacia una teoría unificada del cambio conductual” del psicólogo Albert Bandura (Chiang, Nuñez y Huerta, 2005).

Esta variable se encuentra dentro del marco conceptual de la teoría cognitiva social, siendo Bandura (1987) quien la introduce definiéndola como *“los juicios de cada individuo sobre sus capacidades, en base a las cuales organizará y ejecutará sus actos que le permitirán alcanzar el rendimiento deseado”* (pp. 416).

Según Bandura (1997 en Ramírez y Canto, 2007), el constructo de autoeficacia se refiere a las creencias individuales acerca de las propias habilidades para llevar a cabo las actividades requeridas para producir determinados resultados. Esta creencia juega un papel fundamental en la elección de la conducta, la persistencia, los estados emocionales y los procesos de pensamiento.

Desde este enfoque, no se considera al individuo gobernado por fuerzas internas ni determinado y controlado por estímulos externos, sino que se explica el funcionamiento humano como un modelado de reciprocidad trídica, en el que la conducta, los factores personales, cognitivos autoreflexivos y los acontecimientos ambientales actúan entre sí como determinantes interactivos, pues Bandura (1987) considera que ni el conocimiento ni las habilidades son suficientes para predecir la ejecución o el éxito de determinadas

conductas, sino que media el autosistema, poniendo énfasis en el papel de los pensamientos autoreflexivos, los cuales tienen mayor peso al momento de efectuar una conducta en el funcionamiento psicosocial del individuo (Bandura, 1986 en Tijerina, 2005).

Entre los tipos de creencias que inciden en el comportamiento, no hay ninguna que sea tan importante u omnipresente como la opinión que el individuo tenga de su capacidad para afrontar de forma eficaz distintas realidades. La autopercepción de autoeficacia determina, en parte, las opciones que las personas toman, la cantidad de esfuerzo que invierten en distintas actividades, el grado de perseverancia que desarrollan ante resultados decepcionantes y la actitud ansiosa o seguridad en sí misma con que enfrenta las situaciones (Bandura, 1987).

De acuerdo a Bandura (1999 en Serra, 2009), una función importante del pensamiento es capacitar a los sujetos para predecir los sucesos y desarrollar las formas para controlar aquellos que influyen sobre sus vidas. Tales destrezas de resolución de problemas requieren un procesamiento cognitivo efectivo de la información que contiene muchas complejidades y ambigüedades.

Al aprender las reglas de predicción y regulación, las personas deben recurrir a su conocimiento para construir opciones, para sopesar e integrar los factores predictivos, para probar y revisar sus juicios en relación a los resultados a corto y largo plazo y para recordar qué factores han ensayado y cómo han funcionado.

En este sentido, el autoconocimiento forma parte de los procesos autoreflexivos, definiéndose como una capacidad distintiva de los seres humanos, que *“permite analizar la experiencia y reflexionar sobre los procesos mentales, pudiendo alcanzar un conocimiento genérico sobre sí mismo y sobre el mundo que lo rodea, además de poder evaluar y modificar el pensamiento”* (Bandura, 1987, pp.41).

III. 1.2 Desarrollo de la autoeficacia en el individuo.

La autoeficacia forma parte del autoconcepto y se desarrolla en interacción con el ambiente social y el proceso de individuación, dado que éste permite la adquisición de conocimientos acerca de uno mismo y el mundo externo, el desarrollo de competencias, y, por esta vía, la adquisición del sentido de eficacia personal (Pastorelli y cols., 2001 en Avendaño y Barra, 2008).

Para el desarrollo de la autoeficacia percibida no es suficiente con que las acciones produzcan determinados efectos, sino que tales acciones han de percibirse como parte de uno mismo. Los niños pequeños adquieren un sentido de causación personal cuando empiezan a percibir que los acontecimientos del entorno son controlados personalmente, con el reconocimiento creciente de que ellos pueden hacer que ocurran cosas (Bandura, 1987).

Durante los primeros meses de vida, la influencia del entorno físico contribuirá más al desarrollo de un sentido de causación personal en el niño que la influencia que éste ejerce sobre el medio social (Gunnar, 1980 en Bandura, 1987). Sin embargo, conforme vaya desarrollándose la capacidad de representación, el niño aprende cada vez más a partir de resultados probables y más distantes en el tiempo. Muy pronto, el control sobre el entorno social empieza a desempeñar un papel importante en el desarrollo inicial de la autoeficacia (Bandura, 1987).

El niño ha de ir adquiriendo el conocimiento de sus capacidades propias en un número de áreas cada vez más amplias, de este modo, se ve obligado a desarrollar, evaluar y probar su capacidad física, su competencia social, sus habilidades lingüísticas y sus habilidades cognitivas para poder comprender y dominar las distintas situaciones con las que ha de enfrentarse diariamente (Bandura, 1987).

Mientras desarrolla sus capacidades, durante este periodo inicial de inmadurez, la mayor parte de las gratificaciones que recibe el niño provienen del adulto. Los padres que responden a la conducta comunicativa de sus hijos/as, que les proporcionan un entorno físico rico y que les permiten libertad de movimientos para sus actividades exploratorias, contribuyen a que se acelere el desarrollo social y cognitivo de éstos (Ainsworth y Bell, 1974; Yarrow y cols., 1975 en Bandura, 1987).

La adquisición del lenguaje proporciona al niño los medios simbólicos para reflexionar sobre sus experiencias y empezar así a adquirir autoconocimiento de lo que puede o no hacer. Una vez que el niño es capaz de comprender el lenguaje, los padres y demás personas hacen comentarios sobre las capacidades de ejecución de éste para guiarle en situaciones futuras en que ellos no podrán estar presentes. En la medida que el niño adopte las evaluaciones de su eficacia manifestadas por los demás, éstas influirán en el grado del desarrollo personal en la medida en que contribuyen a que éste aborde o no nuevas tareas y que lo haga de una forma u otra (Bandura, 1987).

Las experiencias iniciales sobre eficacia tienen lugar en el seno de la familia, pero como el mundo social del niño se expande rápidamente, pronto sus compañeros asumirán un papel cada vez más importante en el desarrollo de su autoconocimiento así como de sus capacidades. Es precisamente en el contexto de las interacciones con el grupo donde los procesos de comparación social se ponen en juego de una forma más intensa (Bandura, 1987).

Una buena parte del aprendizaje social se produce en el grupo de compañeros, los que proporcionan los puntos de referencia más útiles para realizar la evaluación comparativa y la verificación de la eficacia. Por consiguiente, los niños son especialmente sensibles a la posición relativa que ocupan entre los compañeros con los que se asocian para realizar actividades que determinan el prestigio y la popularidad (Bandura, 1987).

Es así que durante el crucial periodo formativo de la vida del niño, la escuela actúa como el medio básico donde se cultiva y valida socialmente la eficacia cognitiva. La escuela es el lugar donde los niños desarrollan sus competencias cognitivas y adquieren

el conocimiento y las habilidades necesarias para la resolución de problemas, esenciales ambos para la participación eficaz dentro de la sociedad (Bandura, 1987).

Como cada periodo del desarrollo trae consigo nuevos desafíos para la eficacia de afrontamiento, es en la adolescencia donde se ha de asumir la responsabilidad de prácticamente todos los aspectos de la vida, lo que requiere el dominio de nuevas habilidades y las normas de la sociedad del adulto. El aprender a afrontar las relaciones heterosexuales y de pareja representa una cuestión de importancia considerable, como también la labor de elegir un trabajo para la vida adulta. La facilidad con que se produzca la transición de la infancia a la edad adulta dependerá, en una medida considerable, de la seguridad de las propias capacidades que se hayan adquirido a partir de experiencias anteriores (Bandura, 1987).

El primer periodo de la juventud obliga al afrontamiento de diversas demandas que provienen de las relaciones de pareja duraderas, de las relaciones matrimoniales, de la paternidad y del ejercicio de la profesión. Igual que en anteriores tareas de dominio, un sentido firme de autoeficacia es un determinante motivacional importante para el logro de posteriores competencias y éxitos; aquellos que inician la edad adulta con escasas habilidades y llenos de dudas sobre sí mismos considerarán estresantes y deprimentes muchos de los aspectos de su vida propios de este periodo (Bandura, 1987).

Hacia la edad media de la vida, el individuo se instala en las rutinas establecidas que estabilizan sus autopercepciones de eficacia en la mayoría de las áreas de funcionamiento. Sin embargo, esta estabilidad es efímera por cuanto la vida no transcurre de forma estática, ya que los cambios tecnológicos y sociales requieren adaptaciones constantes que, a su vez, comportan autoreevaluaciones de las diversas capacidades (Bandura, 1987).

III.1.3 Perspectiva evolutiva adultez temprana.

La adultez temprana es el grupo etéreo en el que se encuentra la mayor parte de los estudiantes universitarios y se caracteriza, según Erickson (1970), por continuar la búsqueda de su identidad iniciada en la adolescencia, ocupándose de diversos ámbitos en función de la etapa de la vida en la que se encuentre.

Diversos autores coinciden en ubicar esta etapa entre los 18 a 25 años, vista como un estado de transición y preparación para la vida adulta (Papalia, Wendkos y Duskin, 2005).

Concluida la primera juventud, el individuo comienza la vida como miembro integral de la sociedad occidental. Es el momento de acometer la tarea de una plena participación en la comunidad, de gozar la vida con libertad y responsabilidad adulta (Maier, 1969).

Una idea central de esta etapa es la búsqueda y definición de la propia identidad, la que se consolida en parte por la convivencia del joven con sus pares, de los cuales se obtiene un sentido de pertenencia en la sociedad en su calidad de miembro y una identificación con los objetivos, normas y valores de este grupo (Cornejo, 1996).

Es por lo anterior que amigos y pares, ya sean antiguos o nuevos, son cruciales particularmente durante la adultez temprana, en especial para aquellos que no poseen un compañero amoroso permanente (Kalmijn, 2003 en Berger, 2009). En la universidad, trabajo y comunidad, así como en varias actividades escogidas, los jóvenes poseen confidentes que brindan consejos, compañía, información y simpatía (Radmacher y Azmitia, 2006 en Berger, 2009). En la adultez temprana es cuando se forman las amistades más íntimas y donde se tiende a hacer más amigos que en periodos posteriores (Berger, 2009).

Según la perspectiva psicosocial del desarrollo humano, Erickson (1970) plantea que la adultez temprana se caracteriza por la conflictiva de experimentar intimidad frente a aislamiento, crisis que se origina del deseo poderoso de compartir la vida con alguien más. Sin intimidad los jóvenes sufren de soledad y aislamiento, ya que *“el adulto joven emerge de la búsqueda de la insistencia de una identidad, está ansioso y deseoso de fundir su identidad con otros. Está listo para la intimidad, es decir, la capacidad de comprometerse a concretar afiliaciones y asociaciones y de desarrollar la fortaleza ética y salir adelante gracias a tales compromisos, aunque requieran sacrificios significativos”* (Erikson, 1963, pp. 263 en Berger, 2009).

Erickson (1950 en Cornachione, 2006), considera que cuando la persona transita hacia la adultez temprana y ha desarrollado un sentimiento de identidad en la adolescencia, ya está preparada para fusionar su identidad con la de otros y está dispuesta a establecer el compromiso de una relación cercana e íntima con otra persona. En este momento es cuando las personas están dispuestas a correr riesgos temporales de entregas del ego en situaciones con demandas emocionales, tal como el coito y el orgasmo o en situaciones de estrecha amistad que exigen sacrificios y compromisos personales.

Para Erikson (1950 en Maier, 1969), el logro de la adultez psicológica implica un crecimiento continuado y un tiempo sociopsicológico consagrado al estudio de una carrera dada o trabajo, así como la intimidad social con el otro sexo al fin de elegir un compañero para la prolongada relación íntima del matrimonio como persona, ser social y ciudadano.

En la relación de pareja es fundamental la disposición psicológica y el compromiso con una pareja, incluyendo la capacidad y la voluntad de dispensarse mutua confianza, de regular los ciclos de estudio y trabajo, procreación y recreación con vista a una participación más integral y satisfactoria (Maier, 1969).

El lado opuesto de esta crisis está saturado de sentimiento de vacío social y de que se es una unidad aislada en el mundo de unidades familiares (Maier, 1969).

Respecto al área cognitiva, los adultos jóvenes pueden alcanzar el quinto estadio de desarrollo cognitivo, en el que combinan el pensamiento racional con la intuición emocional, la cual, como forma de pensamiento, requiere experiencia y flexibilidad intelectual. A su vez, el pensamiento más avanzado puede ser dialéctico, procesando de forma dinámica ideas más tempranas y caracterizado por la capacidad de considerar una tesis y su antítesis simultáneamente y así llegar a una síntesis. El pensamiento dialéctico hace posible tomar conciencia de manera continua de los pros y los contras, las ventajas y las desventajas, las posibilidades y las limitaciones (Berger, 2009).

En esta misma línea, la universidad como institución central y de gran importancia en esta etapa, está diseñada para el pensamiento avanzado mediante la exposición de las personas a ideas nuevas, a otras personas, a desafíos intelectuales y al perfeccionamiento de la comunicación y tareas intelectuales. De este modo, la época universitaria es una etapa de búsqueda intelectual y crecimiento personal, la cual ofrece la posibilidad de moldear una nueva identidad personal (Berger, 2009).

Al elegir una carrera, el joven está buscando la oportunidad de decidir a qué se comprometerá en términos de motivación y aptitudes. Es un proceso de búsqueda y experimentación circunstanciado, en el que se intenta resolver tanto las expectativas y exigencias que le demanda la propia cultura, como el momento crucial, cuando el desarrollo ha de adoptar una u otra dirección, recopilando recursos para un crecimiento, una recuperación y una ulterior diferenciación (Papalia y cols., 2005). Así, los estudiantes contemporáneos asisten a la universidad, principalmente, para asegurar mejores trabajos y para aprender habilidades específicas, siendo su objetivo secundario la educación en general (Komives y Nuss, 2005 en Berger, 2009).

Finalmente, y respecto al área biosocial, el cuerpo permanece fuerte, sano y activo en esta etapa. La homeostasis y la reserva orgánica son dos procesos biológicos que previenen las enfermedades en la adultez y mantienen todos los sistemas orgánicos. El impulso sexual es fuerte, aunque la mayoría de quienes transitan la adultez temprana no tienen aun deseos de contraer matrimonio o de tener hijos (Berger, 2009).

Respecto a los hábitos relacionados con la salud, la mayoría de los adultos jóvenes cumplen con la cuota ideal de ejercicio y mantienen una nutrición generalmente adecuada. En algunos casos esporádicos, sobre todo en mujeres, se observa una preocupación exagerada sobre el peso corporal, lo que las hace más vulnerables a dos trastornos graves de la alimentación, como son la anorexia y la bulimia (Berger, 2009).

Así mismo, la adultez temprana es el momento de la vida en que las acciones riesgosas son más atractivas, sobre todo para los hombres. Algunas de estas acciones destructivas pueden ser el abuso de drogas y la adicción a ellas (Berger, 2009), ya que, al ingresar a la universidad, según Vázquez (2004 en CONACE, 2008) los jóvenes se ven expuestos a una cultura universitaria, la cual está compuesta por códigos y características propias, dentro de las cuales se encontraría el consumo de sustancias. Es decir, el uso de drogas estaría significado como parte del contexto universitario y del estatus de estudiante universitario. En este sentido, el consumo de drogas sería percibido como una forma de pertenecer a la macro cultura universitaria y a los subgrupos que se desarrollan en ella.

Es por esto, que para llevar a cabo una aproximación al tema del consumo de drogas en jóvenes pertenecientes a comunidades universitarias, se deben tener en cuenta las prácticas y creencias que lo sustentan. Estos aspectos hacen parte de lo que Salazar y Arrivillaga (2004) definen como estilo de vida, y que señalan como aquel conjunto de pautas y hábitos que son cotidianos y demuestran cierta consistencia en el tiempo, bajo condiciones más o menos constantes y que se constituyen en factores de riesgo o de protección para la salud.

Los estilos de vida relacionados con el consumo de drogas incluyen comportamientos propios de éste, tales como el modo de empleo de droga y la frecuencia con que se usa, y el manejo de los efectos del consumo tanto a nivel personal (alteraciones físicas, cognoscitivas, emocionales y conductuales) como social (manejo de las relaciones interpersonales, pertenencia a grupos) e igualmente incluyen los factores del contexto, como los lugares en los que se presenta, las personas con quién se comparte el hábito o participan en el expendio de la droga (Salazar y Arrivillaga, 2004).

Dado lo anterior, en la etapa de la adultez joven existen ciertas características transversales que constituyen dicho periodo, como lo son las crisis normativas y el desarrollo cognitivo, caracterizado por el pensamiento dialéctico y la búsqueda de intimidad en su relación con los que le rodean. Además, existen características específicas de este grupo etáreo, determinado mayormente por la cultura en la cual se encuentra inserto, la cual modula actitudes y comportamientos.

III.1.4 Autoeficacia percibida.

La autoeficacia se ha convertido en uno de los constructos más estudiados en los últimos años en psicología por haber demostrado ser un excelente predictor de numerosas conductas (Godoy, Godoy, López-Chicheri, Martínez, Gutiérrez y Vázquez, 2008).

Bandura (1987) mediante el concepto de autoeficacia, trata de integrar la cognición dentro de la modificación de la conducta, ya que a través de una adecuada evaluación, la autoeficacia puede servir para guiar y predecir la conducta. Por lo tanto, para la realización de cualquier actividad de necesitan habilidades y autocreencias que aseguren la utilización óptima de aquellas para conseguir de este modo, un funcionamiento efectivo. Si falta autoeficacia, el individuo tiende a comportarse de forma ineficaz, aunque posea las habilidades necesarias.

Donde mayor impacto tiene la autoeficacia personal, es en aquellas actividades en que se ponen a prueba las capacidades del individuo, pues es aquí donde los pensamientos autoreflexivos se ponen en funcionamiento analizando las consecuencias de un desempeño eficaz o ineficaz; la anticipación mental de los resultados depende en gran medida del juicio de eficacia percibida. Las reacciones sociales que anticipe como consecuencia de su conducta, dependen de su opinión sobre lo acertado o no que espera que resulte su comportamiento (Bandura, 1987). De este modo, *“las personas que se consideran muy eficaces, esperan resultados favorables en las tareas de tipo social, intelectual o físico, en cambio aquellas que tienen dudas sobre su eficacia, esperan un*

rendimiento mediocre en dichas tareas, por lo tanto, unos resultados negativos” (Bandura, 1987, pp. 417).

Las personas con elevado nivel de autoeficacia posiblemente se mostrarán más confiadas en su capacidad para responder a los estímulos del medio, y este tipo de creencias influirán sobre cómo se perciben y procesan las demandas o amenazas del ambiente. Por otra parte, la percepción de falta de eficacia contribuirá a que las personas crean que no pueden controlar las situaciones a las que se enfrentan; y estas creencias y las emociones negativas asociadas a ellas, contribuirán a que la persona juzgue esas situaciones como estresantes y, en último término, disminuyan las posibilidades de procesarlas adecuadamente (Cabanach, Valle, Rodríguez, Piñeiro y González, 2010).

De esta manera, *“las opiniones sobre la autoeficacia condicionan de un modo importante la manera de enfrentarse a situaciones complejas, difíciles o claramente negativas para la persona. En gran medida, esta influencia parece estar relacionada con la sensación de control de la situación que tiene el sujeto”* (Polaino, Cabanyes y Del Pozo, 2003, pp. 335).

Bandura (1987) distingue dos tipos de expectativas relacionadas con la eficacia, las que son importantes diferenciar para una mayor comprensión y delimitación de la variable: la expectativa de eficacia personal o de autoeficacia y la expectativa de eficacia de resultados.

La autoeficacia percibida es un juicio emitido sobre la propia capacidad para alcanzar un cierto nivel de ejecución, mientras que las expectativas de resultados hacen referencia a las consecuencias más probables que producirá dicha ejecución (Bandura, 1987; Polaino y cols., 2003).

Hecha la distinción entre estos dos tipos de eficacia, es importante mencionar que la autoeficacia percibida se adquiere y modifica mediante cuatro diferentes fuentes: las experiencias anteriores, las vicarias, la persuasión verbal o social y los estados fisiológicos (Bandura, 1987). Por lo tanto, ésta es susceptible al cambio a través de la experiencia.

La primera de estas fuentes, son los logros de ejecución que se basan en experiencias reales. El éxito produce un aumento en las expectativas positivas de eficacia, mientras que el fracaso las disminuye, especialmente si ocurre al comienzo de la actividad. Una vez establecida la autoeficacia, tiende a generalizarse a otras situaciones (Bandura, Jeffery y Gajdos, 1975 en López-Torrecillas y cols., 2002). Esta es la fuente más poderosa al momento de adquisición y/o modificación de la autoeficacia (Bandura, 1987).

La fuerza de las experiencias nuevas para modificar la autoeficacia ya establecida en etapas anteriores, dependerá de la naturaleza y de la fuerza de las percepciones existentes en las cuales deberá ingresar (Bandura, 1987).

En la información de eficacia aportada por la propia experiencia, existen diversas variables que intervienen y pueden influir en el rendimiento, pues no es una simple ecuación entre rendimiento y autoeficacia. La medida en que un individuo modifica la autoeficacia a través de esta fuente dependerá del grado de dificultad de la tarea, la cantidad de esfuerzo, la cantidad de ayuda recibida, de las circunstancias en que actúe y del patrón temporal de sus éxitos y fracasos (Bandura, 1987).

La autoeficacia aumenta con el éxito de una tarea, cuando ésta presenta un alto grado de complejidad, desarrolla un mínimo de esfuerzo, sin ayuda de terceros y los logros van aumentando en su complejidad. Por el contrario, un sujeto influye en baja autoeficacia cuando tiene que trabajar intensamente para dominar tareas relativamente sencillas, en condiciones favorables y con ayuda de terceros (Bandura, 1987).

Otra variable que interviene es la observación selectiva, la que puede magnificar la autoeficacia cuando el sujeto solo recuerda o ve sus logros, por el contrario, puede minimizar su autoeficacia cuando el sujeto solo recuerda o percibe sus derrotas (Bandura, 1987).

La segunda fuente es la experiencia vicaria, la cual se produce mediante la observación o la imaginación de que otras personas similares afrontan con éxito o fracaso diferentes situaciones, aumentándose la percepción de eficacia del observador. Aunque la experiencia vicaria no tiene tanta fuerza como la experiencia directa, es capaz de producir cambios significativos y duraderos mediante su efecto en el rendimiento (López-Torrecillas y cols., 2002).

La información que proviene de esta fuente puede alterar la información percibida, no tan solo a través de la comparación social, sino también los modelos competentes pueden enseñar a los observadores estrategias eficaces para resolver situaciones difíciles (Bandura, 1987).

Existen ciertas condiciones bajo las cuales la información proveniente de una fuente vicaria tiene mayor efecto sobre la percepción de eficacia personal de determinada persona. Una de las condiciones es el nivel de incertidumbre que el sujeto posea sobre su capacidad, entre menos experiencias previas en que basar su evaluación, mayor será el grado de inseguridad acerca de sus competencias (Bandura, 1987).

Otra de las condiciones que se señalan, corresponde al criterio por el cual los sujetos evalúan su habilidad, es decir, cuando faltan datos empíricos reales que permitan juzgar lo adecuado del rendimiento, la eficacia personal, ha de estimarse obligatoriamente en base al rendimiento de los demás (Festinger, 1954; Suls y Miller, 1977 en Bandura 1987). También interviene la similitud con el modelo, es decir entre más parecido sea el modelo al observador, mas influirá en la percepción de autoeficacia de éste, por lo tanto, un sujeto igual o ligeramente superior en habilidad, es el que proporciona una información comparativa más útil por lo que respecta a sus propias habilidades (Bandura, 1987).

Otra variable es el tipo de similitud, ya que la evaluación de eficacia personal se basa frecuentemente en las características personales del modelo, como la edad, sexo, nivel de cultura, raza, etc., supuestamente predictoras de la capacidad de ejecución (Suls y Miller, 1977 en Bandura, 1987).

La tercera fuente de adquisición de autoeficacia es la persuasión verbal, en la que mediante la utilización de la comunicación, un tercero induce a una persona a cambiar o fortalecer una determinada creencia de eficacia. Esta fuente se utiliza frecuentemente para inducir creencias positivas de eficacia personal, mediante la sugestión verbal que puede manejar adecuadamente determinadas situaciones, pero de igual modo, se puede inducir a formar creencias negativas sobre la eficacia personal. En general, esta fuente es más débil que las anteriores, puesto que no ofrecen auténticas experiencias al sujeto en que basar la información que le proporciona (López-Torrecillas y cols., 2002).

Las variables que intervienen en esta fuente son las características del persuador, es decir, la medida de credibilidad percibida y las habilidades que éste posee en determinada actividad. Entre más creíble sea la fuente de información, mayor será la posibilidad de que el sujeto pueda cambiar la apreciación que posee de sus capacidades. Por otro lado, la habilidad del persuador para una actividad determinada tiene que estar en concordancia con la actividad que está juzgando, pues por el contrario, este sujeto no será una fuente fiable de información (Bandura, 1987).

Y por último, la cuarta fuente de adquisición de la autoeficacia es la activación del arousal emocional o también llamado estado fisiológico, el cual ofrece información sobre la propia competencia, ya que *“las personas interpretan su activación somática ante situaciones estresantes o amenazantes como signos globales de su vulnerabilidad a la disfunción”* (Bandura, 1987, pp. 426). De este modo, el incremento de la activación emocional dificulta la ejecución de determinadas tareas, por lo que la persona que lo experimenta cree que es poco competente, disminuyendo así sus expectativas de autoeficacia (López-Torrecillas y cols., 2002). Por el contrario, cuando se siente y se tiene control sobre la activación somática, el sujeto se sentirá capaz de manejar la situación estresante (Bandura, 1987).

Como se puede advertir, la información aportada por esta fuente, interviene a través de procesos de evaluación, los cuales dependen de variables tales como la evaluación de las fuentes de activación, el nivel de activación, las circunstancias en que aparece y la forma en que influye en su rendimiento (Bandura, 1987).

Estas cuatro fuentes anteriormente descritas generan distintas percepciones de autoeficacia, las cuales actúan a través de procesos cognitivos (ej. imaginando metas, prediciendo dificultades), motivacionales (ej. anticipando resultados posibles, planificando metas valoradas), afectivos (ej. afrontamiento de situaciones estresantes, control de pensamientos negativos) y de selección de procesos (ej. aproximación y evitación de determinadas situaciones) (Bandura, 1987).

En este sentido, es importante mencionar que no es el cambio conductual el que produce la percepción de autoeficacia, sino las interpretaciones cognitivas que en última instancia determinan el juicio del sujeto sobre su propia habilidad, convirtiéndose de esta forma, en un proceso cognitivo que permite entender el cambio y los mecanismos que operan en él (López-Torrecillas y cols., 2002). Por lo tanto, hay que distinguir entre la información proporcionada por los acontecimientos externos y la información seleccionada, valorada e integrada en el juicio de autoeficacia (Bandura, 1987).

Dada la revisión bibliográfica, se puede mencionar que la autoeficacia ha sido estudiada desde dos perspectivas: la autoeficacia específica, definida como la creencia sobre el nivel de competencia en situaciones particulares, cuya medición obedece a un dominio específico (Bandura, 2006 en Brenlla, Aranguren, Rossaro y Vázquez, 2010); y la general, que se refiere a la sensación de competencia total de la persona que la habilita para enfrentar nuevas tareas y hacer frente a una gran variedad de situaciones difíciles (Grau, Salanova y Peiró, 2000 en Cid y cols., 2010).

Respecto a lo planteado anteriormente, algunos investigadores han conjeturado un sentido general de autoeficacia, aludiendo a las percepciones sobre cuán efectiva puede ser la persona al afrontar una variedad de situaciones estresantes (Luszczynska, Gibbons,

Piko y Tekozel, 2004; Luszczynska, Scholz y Schwarzer, 2005; Schwarzer y Jerusalem, 1995 en Brenlla y cols., 2010).

Siguiendo este enfoque, Choi (2004 en Olivari y Urra, 2007) sugiere que la autoeficacia generalizada sería un rasgo de personalidad relativamente estable, aunque puede fluctuar en un extenso periodo de tiempo de acuerdo a los éxitos y fracasos que el individuo experimenta. Estas creencias generales de eficacia pueden servir como recurso personal o factor de vulnerabilidad en situaciones vitales estresantes (Reséndiz, 2004).

Una vez establecida, la autoeficacia tiende a generalizarse a otras situaciones, sobre todo a aquellas en las que se había producido una autodebilitación del rendimiento como consecuencia de la preocupación de las propias deficiencias. Como resultado de ello, puede mejorar el funcionamiento del individuo en un amplio margen de actividades; sin embargo, los efectos de la generalización se producen con mayor frecuencia en las actividades que se parecen más a aquellas en que se ha conseguido aumentar la autoeficacia (Bandura, Adams y Bayer, 1977; Bandura, Jeffery y Gajdos, 1975 en Bandura, 1987).

III.1.4.1 Autoeficacia y salud.

Los comportamientos de salud pueden definirse como las acciones y hábitos que están relacionados con el mantenimiento de la salud, la restauración y la mejora de ésta (Schwarzer y Luszczynska, 2005).

De acuerdo con la teoría cognitiva social de Bandura (1987), el sentido personal de control facilita un cambio de comportamiento de salud, ya que las creencias sobre ésta son conocimientos que determinan cuando dicho comportamiento se inicia, cuanto esfuerzo se utiliza y cuanto tiempo se sostiene la conducta ante los fracasos y obstáculos.

Resulta razonable pensar que altas expectativas de autoeficacia llevarán a afrontar de forma más eficaz los posibles estresores y permitirán, a su vez, percibir un mejor estado de salud o llevar a cabo conductas más saludables que protejan frente a futuras enfermedades (Ríos, Sánchez y Godoy, 2010).

Por lo tanto, la autoeficacia actúa como parte de la estructura de personalidad que puede ejercer un efecto protector frente a la aparición de enfermedades o trastornos de la salud (Ríos y cols., 2010), vinculándose con mejores resultados en este ámbito, así como con un empleo de conductas protectoras y promotoras de las mismas (Cabanach y cols., 2010).

Una de las áreas prácticas donde se ha podido advertir la influencia de este concepto ha sido en la prevención de conductas riesgosas y la promoción de conductas que van en beneficio de la persona (Cid y cols., 2010), estimulando en los últimos quince años una cantidad considerable de estudios empíricos en ámbitos tan diversos de la psicología de la salud como son el hábito de fumar, el alcoholismo, los trastornos alimentarios, el tratamiento psicológico del dolor, el estrés, el cumplimiento de prescripciones terapéuticas, la rehabilitación postinfarto o la prevención del SIDA (Villamarín, 1994).

La autoeficacia no sólo se relaciona directamente con el comportamiento, sino que también afecta indirectamente a éste a través de su impacto en la forma en que se fijan los objetivos, por lo que los individuos con una fuerte autoeficacia seleccionan más retos y más ambiciosos objetivos (DeVellis y DeVellis, 2000 en Schwarzer y Luszczynska, 2005).

Por ende, el percibir altos niveles de autoeficacia tiene consecuencias beneficiosas para el funcionamiento del individuo y su bienestar (Olivari y Urra, 2007).

III.1.4.2 Autoeficacia y consumo de drogas.

Varios estudios han relacionado la autoeficacia con problemas de conductas de riesgo para la salud y específicamente el consumo de drogas (Lozano, 2001; Tijerina, 2005; Reséndiz, 2004).

Al respecto, Martínez y cols., (2008) mencionan que la autoeficacia es una variable de predicción para el consumo de drogas y que ha demostrado ser un factor protector para el consumo de éstas.

De acuerdo a lo planteado por Bandura (1977, 1982, 1986, 1995 en López-Torrecillas y cols., 2002), la creencia de ser capaz de superar la tentación de consumir alcohol o tabaco influye en el inicio del consumo y en el resultado del tratamiento porque condiciona la actitud, la motivación y el esfuerzo del individuo.

Una percepción de baja autoeficacia predice el uso y abuso de sustancias como el tabaco y alcohol, ya que los individuos que se sienten vulnerables a estímulos sociales estresantes, tienen más posibilidades de imitar la conducta de fumar o de beber, de los que están alrededor de ellos. Además, desafortunadamente, los fumadores jóvenes tienen a sobreestimar la prevalencia del hábito de fumar dentro de su red social (Pérez y cols., 2001 en Olivari y Barra, 2005).

Así, los jóvenes que no consumen tabaco ni alcohol reportan altos niveles de autoeficacia, modulando las habilidades sociales y el consumo de drogas. La autoeficacia es el factor de mayor peso para lograr el abandono o disminución del hábito de fumar y su alta puntuación se asocia a la convicción por parte de los sujetos de sentirse capaces de mantener la abstinencia en el momento de iniciar el tratamiento (López-Torrecillas y cols., 2002).

Niveles bajos de autoeficacia constituyen un factor de riesgo para el consumo de drogas y por tanto, están más expuestos a no resistir la tentación del consumo. Si los jóvenes creen que beber o consumir sustancias les proporciona ventajas importantes para

ellos, la autoeficacia se dirige a las conductas necesarias para experimentar o iniciar el hábito (López-Torrecillas y cols., 2002).

Los jóvenes con baja autoeficacia percibida se implican más en actividades de consumo de drogas, conductas sexuales de riesgo y conductas delictivas (López-Torrecillas y cols., 2002; Chicharro, Pedrero y Pérez., 2007).

III.1.5 Consumo de tabaco y alcohol.

La Organización Mundial de la Salud (2008), identifica la droga como cualquier sustancia que introducida en el organismo puede modificar una o más funciones de éste, capaz de generar dependencia caracterizada por un impulso a tomar una o más sustancias de modo continuado y periódico, a fin de obtener sus efectos, y a veces, de evitar el malestar de su falta. Dentro de este grupo, se encuentra una diversidad de sustancias tanto ilícitas como lícitas, siendo el tabaco y el alcohol las drogas lícitas más consumidas a nivel mundial y nacional (Romero y cols., 2009; CONACE, 2008).

Las drogas constituyen una forma fácil y rápida para experimentar sensaciones placenteras, modificar los sentimientos asociados al malestar emocional, reducir los trastornos emocionales, mitigar la atención y el estrés y afrontar los cambios y presiones del entorno por sus efectos en el sistema nervioso (Galaif, Sussman, Chou y Wills, 2003 en Cáceres, Salazar, Varela y Tovar, 2006).

III.1.5.1 Consumo de tabaco.

Respecto al consumo de tabaco, se puede decir que es la primera causa de muerte evitable en los países desarrollados y pronto lo será en los países en vías de desarrollo, ya que éste contiene una droga, la nicotina, que lleva a que millones de fumadores sean cada vez más dependiente de ella (Mayor, 2008).

Se estima que el consumo frecuente de tabaco causa más muertes que el abuso de alcohol, el abuso de drogas, los accidentes de tránsito, los homicidios y suicidios y es la principal causa de enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedad cardíaca y todo tipo de cáncer (Kear, 2002 en Olivari y Barra, 2005).

El tabaco es una planta de la familia de las solanáceas, originaria de América. El que se usa comercialmente proviene casi en su totalidad de la especie *nicotiana tabacum*, cuyo cultivo está extendido por todo el mundo (CONACE, 2008).

La forma más extendida del consumo de tabaco es el cigarrillo, en cuyo humo se han identificado más de cuatro mil componentes tóxicos. Entre los más importantes destacan los siguientes: nicotina (sustancia que estimula el sistema nervioso central, responsable de los efectos psicoactivos y de la dependencia física que el tabaco provoca), alquitranes (sustancia cancerígena), irritantes (sustancia tóxica responsable de la irritación del sistema respiratorio) y monóxido de carbono (dificulta la distribución de oxígeno a través del torrente sanguíneo) (CONACE, 2008).

Los tóxicos que componen el cigarrillo producen alteraciones en el organismo, los cuales van en desmedro de un bienestar psicológico y físico en los consumidores; entre los efectos se encuentran alteraciones en el sistema cardiovascular, pues contrae venas y arterias, haciendo que el corazón trabaje más, pudiendo provocar arritmia, en el sistema nervioso central puede producir efectos de disminución de concentración, y en el sistema respiratorio se dificulta la oxigenación normal, llegando a producir bronquitis, enfisema y cáncer al pulmón en forma progresiva, también disminuye la capacidad de olfato, daña la piel que cubre los labios, lengua y garganta, alterando el sentido del gusto, como también infecciones bucales aumentando la probabilidad de cáncer en esta zona (CONACE, 2008).

Entre los riesgos psicológicos de esta sustancia se encuentran la dependencia psicológica, reacciones de ansiedad y depresión relacionadas con la dificultad para dejarlo. En caso de drogodependencia, aparecen los síndromes de abstinencia, caracterizados por insomnio, dolor de cabeza, fatiga, aumento del apetito, dificultad de la concentración, entre otros (CONACE, 2008).

El acto de fumar generalmente actúa como una herramienta psicológica que sirve para hacer frente a muchas situaciones, ayudando al fumador a rendir más adecuadamente, a sentirse más seguro y a realizar mejor la tarea; esto es lo que Ashton y Stepney (1982 en Mayor, 2008) denominaron la herramienta psicológica que tienen los fumadores cuando fuman. Actualmente habría que incluir en este mismo concepto el fumar como una estrategia de afrontamiento, dado que el fumador encuentra en esta conducta una muletilla para hacer frente a situaciones difíciles para las cuales no posee otros recursos disponibles (Mayor, 2008).

Los fumadores reciben por parte de la cultura fumadora, un verdadero adoctrinamiento sociocultural que comienza a edades tempranas y que progresivamente se va introduciendo en el sistema de creencias de los jóvenes, una serie de ideas que asocian el fumar al placer y al manejo de las emociones negativas (Bianco, 2003).

Según Bianco (2003), el consumo de nicotina estimula los niveles de norepinefrina y dopamina, resultando el efecto predominantemente psicoestimulante del sistema nervioso. Inicialmente pareciera incrementar la concentración o actividades automáticas, promover la relajación y ayudar a amortiguar las emociones, no obstante, cuando se desarrolla la neuroadaptación y la persona se vuelve físicamente dependiente, necesita fumar para evitar los efectos principalmente ansiosos de la abstinencia.

Las investigaciones en este ámbito (Olivari y Barra, 2005; Tijerina, 2005; Martínez y cols., 2008; Gaspar y Martínez, 2008) podrían clasificarse en dos grandes categorías: a) estudios con sujetos fumadores sometidos a tratamiento psicológico para dejar el hábito, en que se utilizan las medidas de auto-eficacia para predecir diferentes aspectos de la probable recaída, y b) estudio con adolescentes, en los que, desde un enfoque preventivo, se utilizan las medidas de auto-eficacia como posibles predictores de la conducta de fumar (Villamarín, 1994).

La autoeficacia para resistir la tentación de fumar cigarrillo está relacionada con la intención de fumar, la actitud hacia el consumo, los obstáculos al consumo de éste y las normas sociales (Hanson y cols., 2004 en Schwarzer y Luszczynska, 2005).

III.1.5.2 Consumo de alcohol.

Por otro lado, el alcohol es un depresor que reduce la actividad del sistema nervioso central, su elemento químico activo es el etanol, el cual es un elemento embriagante de las bebidas alcohólicas (CONACE, 2008).

Esta droga psicoactiva es la más consumida en el mundo, y forma parte de los llamados estilos de vida, estando ampliamente extendido y culturalmente aceptado en la mayoría de los países occidentales. Por tanto, no es sólo un comportamiento individual, sino que se encuentra fuertemente influenciado por normas sociales y por el contexto socioeconómico y cultural en el que vivimos (Ardila y Herrán, 2008).

El consumo de esta droga tiene diversos efectos en el organismo, afectando el sistema cardiovascular, produciendo alteraciones en el ritmo cardíaco, hipertensión arterial, elevación de la presión sanguínea y su uso frecuente y prolongado, puede producir enfermedades en las arterias coronarias e insuficiencias cardíacas, llegando a producir cardiopatía alcohólica (CONACE, 2008).

En el sistema nervioso central, puede producir pérdida de memoria a corto plazo, baja concentración, pérdida de las funciones de control y coordinación motora. Su uso frecuente y prolongado puede producir deterioro psicoorgánico, depresión y trastorno de la conciencia como alucinaciones y psicosis (CONACE, 2008).

En el sistema respiratorio su consumo frecuente y prolongado, puede facilitar infecciones respiratorias, neumonías y tuberculosis (CONACE, 2008).

En el sistema digestivo puede producir inflamación de estómago y gastritis. Su uso prolongado lleva a una deficiencia de minerales y vitaminas, alteración a nivel de azúcar en la sangre, aumento de colesterol, inapetencia y desnutrición. En páncreas puede producir inflamación. En el hígado puede producir disfunción y hepatitis alcohólica, pudiendo llegar a la cirrosis (CONACE, 2008).

En el sistema reproductor podría provocar impotencia masculina, y en los músculos podría producir aflojamiento y pérdida de tonicidad muscular (CONACE, 2008).

El consumo de alcohol también puede producir o facilitar alteraciones psicológicas, como por ejemplo: insomnio, angustia, amnesia, alucinaciones, delirium tremens, depresión, intentos de suicidios, disminución de autoestima, demencia, las cuales se caracterizan en el síndrome de abstinencia. El consumo prolongado y crónico de alcohol puede producir una serie de alteraciones cerebrales asociados a las emociones y razonamiento, provocando un estado depresivo, alteración al juicio de realidad acompañado por psicosis y delirium. Todo lo anterior puede producir alteraciones en la esfera social del individuo (CONACE, 2008).

Los efectos que produce el consumo moderado de alcohol son la sensación de relajación, de liberación y aumento de confianza en uno mismo, disminución de la atención y euforia, produciendo placer en distintas áreas, ya sea como estado de relajación o de excitación. El consumo de alcohol en bebedores habituales o excesivos lleva a que se libere una importante cantidad de endorfinas que les lleva cada vez a ser más receptivos al placer con la ingesta de esta bebida (Cáceres y cols., 2006).

Generalmente, es el efecto desinhibidor y socializador que se le atribuye en situaciones sociales donde se deben desplegar habilidades interpersonales el que actúa como estrategia de afrontamiento de consumidores de alcohol, sin embargo, también la presión del grupo incita a éste (Ces, García y Veraza, 2001).

III.1.6 Investigaciones autoeficacia y consumo de drogas.

Al respecto, Penz (1985 en López-Torrecillas y cols., 2002), en una investigación que sigue los postulados de Bandura, encontró que los individuos que perciben baja autoeficacia, tienen un repertorio bajo de conductas incompatibles al consumo de drogas, beben en exceso y tienen la creencia que el consumo los ayuda a relajarse.

En un estudio de Kear (2002 en Olivari y Barra, 2005) con estudiantes universitarios, se observó que la autoeficacia para oponer resistencia tenía el mayor peso en la conducta de fumar respecto a los restantes factores analizados (creencias normativas sociales, depresión y tendencia a tomar riesgos), encontrándose también una relación inversa entre creencias normativas sociales y autoeficacia para resistirse a fumar.

Investigaciones también han demostrado que las puntuaciones bajas de autoeficacia de resistencia, asociadas a las influencias sociales a favor del consumo, predice tanto las intenciones como el consumo real de alcohol, tabaco y otras drogas en los adolescentes (Conrad, Flay y Hill, 1992; Hays y Erickson, 1991; Lawrence y Rubinson, 1986 en López-Torrecillas y cols., 2002).

Por lo tanto, la decisión última de consumir o no, está en función de las expectativas de autoeficacia y del resultado que tiene la persona en el contexto situacional en que se encuentra, ya que son los factores cognitivos los que modulan la interacción persona-ambiente. Los efectos anticipados de la conducta son los que parecen importantes a la hora de determinar si la conducta se realiza o no (López-Torrecillas y cols., 2002).

De este modo, la autoeficacia percibida desempeña un rol importante en el área de las conductas adictivas, ya que influye en el desarrollo inicial de los hábitos adictivos, en el proceso de modificación de conducta de tales hábitos como en el mantenimiento de la abstinencia (Reséndiz, 2004).

En relación con las conductas preventivas de salud, los individuos con alta autoeficacia percibida tienen mayores probabilidades de iniciar cuidados preventivos, buscar tratamientos tempranos y ser más optimistas sobre la eficacia de éstos. Comparados con los individuos que presentan baja autoeficacia en el desempeño específico de la conducta de salud, las personas con alta autoeficacia tienen más probabilidad de adquirir y mantener conductas protectoras de salud, por ejemplo hacer ejercicio, o detener una conducta nociva para la salud, como es fumar (Grembowski y otros, 1993 en Olivari y Barra, 2005).

III.2 Antecedentes empíricos.

El alcance del consumo de drogas es un indicador importante de la magnitud del problema mundial. La cifra total de consumidores de drogas en el mundo se calcula en 200 millones de personas (Melo y Castanheira, 2010).

El tabaco y el alcohol están dentro de las llamadas drogas lícitas, las cuales son usadas en la actualidad por un alto porcentaje de la población. Lo que no se comunica públicamente es que en el mundo mueren más personas debido a las consecuencias del consumo de alcohol y tabaco, que como resultado del abuso de todas las drogas ilegales juntas (Becerra, Muñoz y Vásquez, 2003).

La literatura epidemiológica señala que los adolescentes y los jóvenes son los más vulnerables al consumo de estas drogas (Martínez, Jorge, Alonso, López y Oliva, 2008), pues el uso de ambas no está sancionado legalmente; más aun, la sociedad le atribuye características positivas en función a su rol facilitador en la integración social (Tapia, 2000 en Lozano, 2001).

En nuestro país, cada día aumenta la cifra de jóvenes que se ven involucrados en el consumo de drogas. De igual modo, se puede evidenciar que según Becerra y cols., (2003), este grupo etéreo se inicia mas tempranamente, consumiendo en mayor cantidad y afectando directamente su desarrollo biopsicosocial.

La población que presenta mayor prevalencia de consumo de drogas son los jóvenes entre 19 a 25 años (CONACE, 2008), edad en la cual se enmarca la población universitaria. Según estudios realizados por el CONACE en el año 2005 y 2006, a lo largo del país hay elementos comunes en este ámbito, los que a continuación se presentan: En la mayoría de las instituciones de educación superior existen espacios circundantes legitimados para el consumo de drogas legales, como bares y botillerías de fácil acceso, además de normas poco claras respecto al uso de drogas al interior de los centros educacionales.

A la vez, existen ritos que son característicos de la vida universitaria, como por ejemplo el “¹mechoneo” o rito de inicio, en donde los alumnos antiguos reciben a los alumnos nuevos, rito que culmina generalmente en fiestas, las cuales se caracterizan por altas dosis de consumo de drogas, como por ejemplo alcohol y tabaco. Como se puede apreciar, el consumo de drogas forma parte de la cultura universitaria, siendo las más utilizadas el cigarrillo y el alcohol (CONACE, 2008).

El tabaquismo, por su parte, representa un grave problema de salud pública. La Organización Mundial de la Salud (2010) ha alertado a las autoridades mundiales de que, de seguir con esta progresión, la cifra de fallecidos por esta causa podría llegar a alcanzar los 10 millones de personas en el año 2030.

El tabaco es una droga que contiene un ingrediente psicoactivo sumamente adictivo, la nicotina, siendo su consumo uno de los principales factores de riesgo de varias enfermedades crónicas, incluidos el cáncer, las enfermedades del pulmón, las enfermedades cardiovasculares, entre otras. A pesar de las graves consecuencias de dichas enfermedades para la salud, su consumo es común en el mundo (Organización Panamericana de la Salud, 2010).

Chile, según la encuesta de CONACE (2008), presenta la población más fumadora de la región con un 41,2% de la población de 12 a 64 años que está fumando (45% hombres y 37% mujeres) y más de la mitad lo hace diariamente (28,6%). Sobre el 50% de la población de entre 19 y 34 años está fumando y lo hacen, casi por igual, hombres y mujeres. El grupo etáreo que muestra mayor consumo son los jóvenes entre 19 y 25 años con una prevalencia de 77,2%. Un estudio realizado en la Universidad del Bío-Bío sede Chillán, muestra una prevalencia de consumo en los estudiantes de 75,9% (Becerra y cols., 2003).

¹ Mechoneo: según Avendaño y cols., (2005) se refiere a una de las primeras situaciones a las que los jóvenes estudiantes se enfrentan una vez insertos en la universidad, la cual puede ser entendida como un rito de iniciación que simboliza el paso de una etapa a otra, celebración que supone la despedida de un estadio anterior y brinda la bienvenida a uno nuevo.

El 13 de junio del 2005, Chile ratificó el Convenio Marco de la Organización Mundial de la Salud para el Control de Tabaco. El objetivo de éste es proteger a las generaciones presentes y futuras contra las devastadoras consecuencias sanitarias, sociales, ambientales y económicas del consumo de tabaco y de la exposición al humo, proporcionando un marco para las medidas de control del tabaco que se habrá de aplicar a nivel nacional, regional e internacional, a fin de reducir de manera continua y sustancial la prevalencia del consumo de tabaco y la exposición al humo (OMS, 2003: Art.3 en Organización Mundial de la Salud). Con esta ley se logra frenar la tendencia al aumento y se insinúa una tendencia a la baja tanto en población general como escolar (CONACE, 2007; 2008).

Esta tendencia a la baja se puede apreciar en los resultados de las encuestas del CONACE realizadas en población general, donde en el año 2004 un 43,6% de la población es consumidora, mientras que el año 2006 baja a un 42,4%. En población universitaria (grupo etáreo de 19 a 25 años) había una prevalencia de consumo de 57,5% en el año 2004, el que baja a un 52,4% en el año 2006, evidenciándose como la población donde mayor impacto tuvo esta ley (CONACE, 2008).

Por su parte, el alcohol es también un tipo de droga, pues el etanol es una sustancia adictiva (CONACE, 2008). Su consumo también representa un problema de salud pública, el cual últimamente ha ido proliferando en Chile. Según estudios de las Naciones Unidas (2006), las cifras nos muestran que también Chile pertenece a la lista de países que lidera en Latinoamérica con cifras desorbitantes de consumo de esta sustancia (40,1 %). Cabe mencionar que los jóvenes son la población que presenta más consumo y cada vez a más temprana edad, por lo que estudios del CONACE (2008), revelan que el grupo con mayor consumo son jóvenes de 19 a 25 años con un 60,8 % de prevalencia de consumo una vez al mes, pero a pesar de lo anterior, también es el grupo que reporta menor prevalencia a la opción de consumir alcohol todos los días con un 0,7%.

Datos recogidos en investigaciones realizadas en diferentes casas de estudios, confirman esta tendencia, señalando que más del 70% de los universitarios consume alcohol en exceso (San Martín, 2003 en CONACE, 2008).

Los estudiantes universitarios presentan un 63% de consumo al mes (CONACE, 2008), cifra que está sobre el consumo general de la población, pero guarda relación con el grupo etario de 19 a 25 años.

Un estudio realizado específicamente en la ciudad de Chillán en estudiantes de la Universidad del Bío-Bío, arroja que un 88,8% de dichos estudiantes se declara consumidor de esta droga (Becerra y cols., 2003).

Todo lo anterior guarda relación con lo que diversos medios de comunicación a nivel nacional dan a conocer diariamente, siendo testigos sobre cómo la población juvenil se desenvuelve y utiliza este tipo de droga en las celebraciones (fiestas universitarias).

El alcohol, al igual que el tabaco, trae consigo efectos nocivos para la salud, como lo son la cirrosis hepática, hipertensión arterial, pancreatitis, entre otras (CONACE, 2008). Pero en los jóvenes universitarios, también se relaciona con consecuencias negativas o alteraciones en relación con la familia, compañeros y maestros, junto con un bajo rendimiento escolar, conductas agresivas y/o violentas, alteraciones al orden público y conductas de riesgo, como desinhibición de conductas sexuales y conducir en estado de ebriedad, lo cual se relaciona con accidentes automovilísticos, siendo una de las causas más comunes de muerte en este grupo etáreo (García, Lima, Aldana, Casanova y Feliciano, 2004).

Dadas las alarmantes cifras desde 1990 hasta la fecha, el estado chileno ha impulsado una estrategia principal de abordaje para la prevención de drogas, lo que se ha traducido en la creación del Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE), actualmente Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación de Drogas y Alcohol (SENDA), la política y plan nacional del control de drogas vigente desde 1993, además de la formulación de la ley de drogas N°19.366 de 1995 y de la implementación de un sistema de coordinación, ejecución de programas e información y sensibilización ciudadana (Becerra y cols., 2003).

En relación con la autoeficacia, no se han encontrado estudios sobre ésta en la población chilena, ni tampoco en el ámbito universitario, sin embargo, se encuentran estudios en los cuales se une esta variable con la conducta de fumar y beber alcohol pero en otros tipos de población, como lo son especialmente los trabajadores y estudiantes de secundaria. Al respecto, estudios en adolescentes en nuestro país muestran que no existe correlación significativa general entre autoeficacia y conducta de fumar, sin embargo, según análisis por sexo, las mujeres presentarían una correlación negativa significativa entre dichas variables (Olivari y Barra, 2005). Este resultado se puede relacionar con algunas evidencias que indican que las adolescentes mujeres parecen ser más vulnerables que los varones a la presión percibida para fumar por parte del grupo de pares (Nebot, Tomás, Ariza, Valmayor y Mudder, 2001 en Olivari y Barra, 2005). En adultos trabajadores, en España, se encontró una correlación negativa significativa entre el consumo de alcohol y el nivel de autoeficacia (Lozano, 2001; Reséndiz, 2004).

III.3 Marco epistemológico.

Existen diversas formas de clasificar las investigaciones científicas; una de ellas es la que hace la distinción entre ciencias formales y fácticas. Las formales nacen principalmente de la racionalización y sus postulados no se preocupan de reflejar la realidad, sino entes ideales, que no existen en ellas; ejemplos claros son la matemática y la lógica. Las ciencias fácticas, por su parte, necesitan más que la racionalización para probar sus resultados, incluyendo la observación y/o el experimento (Bunge, 2005).

La presente investigación se adscribe a las ciencias fácticas, específicamente al paradigma Neopositivista, el cual, según Atencia (1991), persigue como objetivo la predicción y el control desde una perspectiva realista crítica. Es decir, que si bien el mundo real se rige por leyes naturales, es imposible acceder a éste en su totalidad debido a las limitaciones inherentes al ser humano -en este caso- de las investigadoras, por lo que nuestro conocimiento de ella no es perfecto pero pretende ir mejorando. Es decir, desde esta perspectiva, la ciencia no prueba la existencia de la realidad sino que la da por supuesta (Bunge, 2005).

De este modo, Bunge (1979) señala que la empíria es el vehículo necesario para comprender y/o investigar de manera lo más completa posible una realidad, un universo escogido, una realidad que está expuesta constantemente a cambios, lo que la hace fructífera al momento de querer explorarla.

Desde esta perspectiva, el neopositivismo reformula la idea de “verdad”, configurándola en base a que puede ser retroalimentada constantemente a través del método científico (Chalmers, 2000).

Así, queda claro que existe una interacción constante en el proceso de conocer, comprender y/o explicar la realidad escogida, no dando espacios a que el investigador mantenga un rol pasivo, sino mas bien mantenga la búsqueda constante de respuestas en las que, como señala Bunge, no marcan el final de la búsqueda del conocer, pues no existiría para él, el final de dichos cuestionamientos (Bunge, 1979).

De acuerdo a Pourtois y Desmet (1992), el neopositivismo considera que el mundo está compuesto por la totalidad de los hechos, por lo que es posible estudiar lo que nos rodea a partir del procesamiento de “cuadros de hechos”, los cuales tienen conexiones entre sí y entregan una representación del mundo real.

Es por esto que, según Bunge (2005), la investigación científica trata de entender toda situación total en términos de sus componentes, intentando descubrir los elementos que explican su integración.

Otro de los planteamientos del paradigma Neopositivista a considerar, es que se adscribe al principio de verificación, en el cual se utilizan métodos empíricos para acercarse a la realidad estudiada mediante comprobación empírica de una proposición básica observable. Sin embargo, este es un proceso personal, por consiguiente la aprehensión de la realidad sólo es parcial debido a las limitaciones humanas, como se mencionó anteriormente (Ruiz, 2004).

Por lo tanto, si bien utilizaremos la racionalidad como herramienta necesaria para investigar, por sí sola no constituye una garantía de que se obtenga la verdad, sino que es necesario que los enunciados sean verificables en la experiencia y sólo después de que éstos hayan pasado por la prueba de verificación empírica, podrán ser considerados como enunciados verdaderos, lo que no garantizará que estas hipótesis sean las únicas verdaderas, sólo nos dirá que son probablemente adecuadas, sin excluir por ello la posibilidad de que estudios ulteriores puedan dar mejores aproximaciones en la reconstrucción conceptual del trozo de realidad escogida (Bunge, 2005).

Desde esta perspectiva, la objetividad se concibe como un ideal regulador con carácter aproximativo inductivo, es decir que el conocimiento generado empíricamente comienza desde enunciados de acontecimientos de tipo particular a enunciados acerca de acontecimientos generales (Chalmers, 2000).

Finalmente, es importante mencionar la utilización de un lenguaje científico, donde se defiende la unificación de las ciencias, analizando el significado de los enunciados utilizados por ella para construir un lenguaje específico que evite toda ambigüedad y error a través de la utilización de elementos propios de la ciencia, como lo son el pensamiento lógico y las matemáticas (Ruiz, 2004).

IV. DISEÑO METODOLÓGICO.

IV.1 Metodología.

La presente investigación se realizó mediante la implementación de la metodología cuantitativa, la cual pretende realizar un trabajo adscrito a la objetividad, con un patrón predecible y previamente estructurado, ya que los objetivos e hipótesis de la investigación se establecieron previos a la recolección y análisis de datos, caracterizándose por la utilización de análisis estadísticos, la búsqueda de datos en base a una realidad medible, por la cantidad de población requerida para el estudio, la cual se pretende generalizar, así como por la rigurosidad del proceso, el cual posee un orden lógico (Hernández, Fernández y Baptista, 2006).

IV.2 Diseño.

Se utilizó un diseño de investigación cuasi-experimental, ya que sólo existió medición de variables y no manipulación de éstas, puesto que la naturaleza de las variables estudiadas se encontraban a priori en las personas, además de presentar un muestreo de tipo probabilístico (Hernández y cols., 2006).

La investigación se caracterizó por la recolección, descripción y análisis de datos en un solo momento o en un tiempo único, es decir de tipo transaccional (Hernández y cols., 2006).

Según el alcance de la presente investigación, se trató de un estudio descriptivo-correlacional, ya que primeramente describe un tópico poco estudiado y que no se ha abordado antes en la población a estudiar, dando a conocer como se manifiesta determinado fenómeno, que en este caso sería la autoeficacia general en población universitaria; y correlacional, ya que la investigación también midió el grado de relación que existe entre dos o más variables, que en este caso se trata de las variables de autoeficacia general, consumo de tabaco y consumo de alcohol en población universitaria (Hernández y cols., 2006).

IV.3 Hipótesis.

En relación a los objetivos anteriormente expuestos, se plantea la siguiente hipótesis de investigación:

H: existe una relación inversa entre autoeficacia general, consumo de tabaco y consumo de alcohol en estudiantes universitarios de la ciudad de Chillán.

Al respecto, no se plantea hipótesis descriptiva debido a que no existen estimaciones previas sobre la variable autoeficacia a nivel nacional.

IV.4 Técnicas de recolección de información.

Con el fin de cumplir los objetivos del estudio, los datos fueron recopilados a través de la medición cuantitativa de las variables, con la utilización de dos cuestionarios aplicados de manera individual.

Para medir la variable autoeficacia general se creó un cuestionario en el contexto de la educación superior de la comuna de Chillán, el cual fue diseñado y validado por las autoras de la presente investigación. Se trata de un cuestionario en escala Likert autoadministrado que mide percepción de autoeficacia, presentando la externalización de los juicios o afirmaciones de una persona y debiendo elegir una de las categorías que se presentan, las cuales poseen un valor numérico que más tarde se transforma en un puntaje total (Hernández y cols., 2006).

Para medir el nivel de alcohol y tabaco se elaboró un cuestionario sobre conducta de consumo de tabaco y alcohol en población universitaria, midiendo específicamente la frecuencia y cantidad de consumo tanto para una ocasión no planificada como para cuando se comparte con amigos.

IV.5 Instrumentos.

Escala de Autoeficacia General para Universitarios (EAGU):

Para evaluar la autoeficacia general, se creó y diseñó un instrumento de manera posterior al análisis exhaustivo de material bibliográfico de diversos autores e investigaciones basadas en el área (Bandura,1987; Schwarzer, Luszczynska y Gutiérrez-Doña, 2005).

La Escala de Autoeficacia General para Universitarios fue creada y diseñada principalmente bajo el marco teórico cognitivo-conductual-social de Bandura (1987) y desde la perspectiva de autoeficacia generalizada de Schwarzer, Luszczynska y Gutiérrez-Doña (2005), sobre la premisa que existe una visión general que el individuo posee sobre su eficacia personal en distintas áreas de su vida, puesto que, tal como menciona Bandura (2001), *“las personas pueden juzgarse eficaces en un amplio rango de dominios de actividades, y la generalización puede variar entre los distintos tipos de actividades y modalidades mediante las cuales se expresan las capacidades (conductuales, cognitivas o afectivas), las variaciones situacionales y los tipos de individuos hacia los cuales se dirige el comportamiento. Las autocreencias fundamentales son aquellas a partir de las cuales las personas estructuran sus vidas”* (pp.8).

Dependiendo de la etapa evolutiva en que se encuentre la persona, se configura su autoeficacia general de acuerdo a las áreas de competencia que estructuren y constituyan su vida, puesto que, *“aún cuando diferentes dominios de actividad no estén subregulados por subdestrezas comunes, puede ocurrir alguna generalización de la eficacia percibida si el desarrollo de competencias está socialmente estructurado para que destrezas que operan en diferentes dominios sean adquiridas en conjunto”* (Bandura, 2001, pp.2).

Si se desea obtener mayor información acerca del diseño de la Escala de Autoeficacia General para Universitarios, en el anexo n°7 se encuentra la fundamentación teórica de dicho instrumento, considerándose pertinente separarlo del aspecto metodológico para su mayor comprensión.

Cabe destacar que para el diseño metodológico del presente instrumento, se consideró la Guía para la Construcción de Escalas de Autoeficacia de Bandura (2001), la cual otorga pautas para la adecuada medición y abordaje del constructo, precisando sobre la redacción de preguntas enfocadas en el presente, respecto de las capacidades operativas de las personas, no acerca de capacidades potenciales o sobre capacidades futuras esperadas. Emplea, además, niveles de demandas de tarea que representan diferentes grados de desafío o impedimento para un rendimiento exitoso.

Además, el autor propone la escala Likert como la técnica apropiada para la recolección de datos de este constructo, puesto que en la metodología estándar para medir creencias de eficacia, se emplean ítems que representan diferentes niveles de exigencias de tareas y donde los individuos estiman la fortaleza de sus creencias en la habilidad que poseen para desempeñar las actividades requeridas.

IV.5.1 Validación del instrumento.

En una primera etapa de la investigación, se realizó una prueba piloto del instrumento con el objetivo de comprobar que éste cumpliera los criterios de calidad teóricos y prácticos necesarios para una investigación cuantitativa, por lo tanto se trabajó sobre los criterios de calidad de confiabilidad, validez y objetividad (Hernández y cols., 2006).

La aplicación de la prueba piloto del instrumento, fue efectuada en 4 de las 8 universidades de la ciudad de Chillán, las que fueron elegidas por poseer mayor número de estudiantes inscritos en carreras universitarias. En esta instancia se hizo entrega de una carta institucional derivada de la Escuela de Psicología a los directores y/o jefes de carreras, donde se pedía la colaboración para nuestra investigación y se explicaba los principales alcances de ésta (anexo n°1).

Al momento de aplicar el instrumento, las investigadoras estaban presentes para aclarar cualquier duda que emergiera en la realización de éste, principalmente respecto al consentimiento informado entregado a los participantes, donde se estipulaban las características del estudio y se pedía su participación voluntaria (anexo n°2).

La prueba piloto del instrumento estuvo compuesta por 49 preguntas (anexo n°3), las que posteriormente fueron procesadas mediante un análisis factorial.

La población utilizada de muestra fue de 60 estudiantes de diversas universidades de la ciudad de Chillán, donde ninguno de los encuestados fue excluido, dando el 100% de la muestra para la validación del instrumento.

Tabla 1.

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	60	100,0
	Excluidos	0	,0
	Total	60	100,0

A continuación se presenta el estadístico de fiabilidad, el cual da como resultado un Alfa de Cronbach inicial de 0,940 para las 49 preguntas. Esto implica que el cuestionario presenta una sobresaturación de datos, de acuerdo a la referido por los autores Campo-Arias y Oviedo (2008) y Hernández y cols., (2006).

Tabla 2.

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,940	49

Por lo anteriormente expuesto, se hace necesario intervenir el instrumento original buscando lograr una adecuada fiabilidad y validez a través de la reducción de datos; en específico mediante la utilización del análisis factorial para analizar los reactivos que estaban sobresaturando la variable a medir.

IV.5.2 Escala final.

Finalizado el proceso anterior, el cuestionario fue reducido a 26 ítems, presentando instrucciones claras y precisas de cómo se contesta (anexo n°4). Las respuestas son cerradas y configuradas en base a una escala tipo Likert de cinco puntas, donde los gradientes de respuestas son *“incorrecto”*, *“apenas cierto”*, *“no estoy seguro/a”*, *“mas bien cierto”* y *“cierto”*. En éste no se piden datos demográficos, pero para poder nutrir de mayor información la presente investigación, se agregan datos sobre el sexo de los encuestados y los años que llevan en la universidad.

Luego de la reducción de ítems se realizó un análisis de fiabilidad final del instrumento, el cual quedó integrado por 8 componentes testeados empíricamente en su aplicación.

Para ello, se realizó un análisis estadístico de confiabilidad a través de la medición del Alfa de Cronbach de los 26 reactivos que componen el instrumento.

El Alfa de Cronbach que arroja el análisis estadístico es de 0,862 (Tabla 3); lo que según lo reportado por Kerlinger y Lee (2002) y Hernández y cols., (2006), demuestra que el instrumento posee una adecuada consistencia interna.

Tabla 3.

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,862	26

El análisis factorial se encuentra graficado en las Tablas n°4, 5 y 6.

Las comunalidades arrojadas tras el análisis factorial (Tabla 4), exponen el grado de correlación que existe entre los reactivos que componen el instrumento. Según lo observado, aparecen 14 preguntas que presentan una correlación media a considerable, las cuales fluctúan entre 0.57 y 0.74. También se correlacionan de manera considerable a muy fuerte 12 preguntas, las que fluctúan entre 0.75 y 0.85 (Hernández y cols., 2006).

Tabla 4.

Comunalidades

	Inicial	Extracción
Preg1	1,000	,634
Preg2	1,000	,833
Preg3	1,000	,574
Preg4	1,000	,769
Preg5	1,000	,728
Preg6	1,000	,835
Preg7	1,000	,715
Preg8	1,000	,644
Preg9	1,000	,797
Preg10	1,000	,674
Preg11	1,000	,642
Preg12	1,000	,674
Preg13	1,000	,734
Preg14	1,000	,670
Preg15	1,000	,713
Preg16	1,000	,774
Preg17	1,000	,808
Preg18	1,000	,637
Preg19	1,000	,715
Preg20	1,000	,777
Preg21	1,000	,779
Preg22	1,000	,800
Preg23	1,000	,619
Preg24	1,000	,857
Preg25	1,000	,845
Preg26	1,000	,857

Método de extracción:
análisis de componentes
principales.

La Tabla 5 corresponde a la varianza total explicada. Ésta expone que el constructo que mide el instrumento está compuesto por 8 factores. Como se puede apreciar, cada uno de los componentes tiene un peso estadístico significativo, los que en conjunto representan un 73,48% de la variable estudiada, considerándose como mínimo un 60% de la varianza total explicada para ciencias sociales (Hernández y cols., 2006).

Tabla 5.

Varianza total explicada

Componente	Autovalores iniciales			Sumas de las saturaciones al cuadrado de la extracción			Suma de las saturaciones al cuadrado de la rotación		
	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado	Total	% de la varianza	% acumulado
1	6,744	25,937	25,937	6,744	25,937	25,937	3,126	12,024	12,024
2	2,948	11,340	37,277	2,948	11,340	37,277	3,013	11,588	23,612
3	2,227	8,564	45,841	2,227	8,564	45,841	2,993	11,510	35,122
4	1,813	6,973	52,814	1,813	6,973	52,814	2,374	9,132	44,254
5	1,587	6,102	58,917	1,587	6,102	58,917	2,264	8,709	52,962
6	1,436	5,523	64,440	1,436	5,523	64,440	2,132	8,200	61,162
7	1,255	4,828	69,268	1,255	4,828	69,268	1,796	6,906	68,069
8	1,096	4,216	73,484	1,096	4,216	73,484	1,408	5,415	73,484
9	,884	3,399	76,883						
10	,791	3,041	79,923						
11	,707	2,720	82,644						
12	,597	2,298	84,942						
13	,526	2,022	86,964						
14	,514	1,976	88,939						
15	,476	1,830	90,769						
16	,392	1,506	92,276						
17	,372	1,431	93,707						
18	,312	1,198	94,905						
19	,269	1,033	95,939						
20	,221	,849	96,788						
21	,188	,724	97,511						
22	,184	,708	98,219						
23	,159	,612	98,832						
24	,138	,530	99,362						
25	,113	,434	99,797						
26	,053	,203	100,000						

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Por último, en la Tabla 6 aparece graficada la matriz de componentes, la cual explica el peso que tiene cada ítem en relación a la variable que se pretende medir; mientras más lejano a cero sea, mayor es el peso que existe en el factor.

Con el objetivo de simplificar la matriz de componentes y para facilitar la interpretación de éstos, se llevó a cabo el método de rotación ortogonal Varimax. Como se puede observar, cada ítem presenta como mínimo un peso de 0,37 en el componente que satura, lo que demuestra que posee una saturación mínima aceptable para la representación de éste (Hernández y cols., 2006).

Tabla 6.

Matriz de componentes rotados^a

	Componente							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Preg1	,030	,105	,730	-,060	,192	-,110	-,014	,193
Preg2	,852	,170	-,069	,229	,003	-,025	,102	,103
Preg3	,062	,546	-,006	-,004	,291	,137	,395	,115
Preg4	-,228	,188	-,073	,750	,291	-,105	,123	,054
Preg5	,505	-,163	,255	-,077	,416	,253	,372	,010
Preg6	,283	,019	,096	,646	,131	,436	-,308	,164
Preg7	-,248	-,018	-,187	,000	,033	,760	,130	-,154
Preg8	,087	,197	,185	,234	,506	-,068	,172	,468
Preg9	,140	,013	,253	,101	,268	-,117	-,003	,786
Preg10	,199	,054	,019	,221	-,125	,075	,749	,013
Preg11	,048	,373	,335	,118	,261	-,050	,363	-,414
Preg12	,188	,098	,105	,754	-,111	-,043	,168	,085
Preg13	,433	,117	,265	,135	,275	,580	-,007	-,179
Preg14	-,039	-,074	,770	,174	,128	-,115	,000	,104
Preg15	-,136	,798	,077	,101	,059	,024	,191	,020
Preg16	,293	,769	,238	,132	,039	-,085	-,113	-,040
Preg17	,292	,143	,140	,087	,765	-,087	-,233	,169
Preg18	,339	-,030	,127	,674	,142	,086	,112	-,102
Preg19	-,029	-,016	,431	,142	,692	,117	,109	,057
Preg20	,478	,266	,203	,112	,270	,293	,514	,029
Preg21	,007	,231	,843	,006	,082	,096	-,007	,002
Preg22	,289	,335	-,019	-,030	-,220	,719	,135	,143
Preg23	,338	,184	,621	,093	,033	,114	,245	-,045
Preg24	,886	,114	,067	,113	,112	,030	,130	,104
Preg25	,191	,568	,153	-,179	-,346	,287	,275	,391
Preg26	,317	,740	,078	,107	,010	,370	-,226	-,065

Método de extracción: análisis de componentes principales.

Método de rotación: normalización Varimax con Kaiser.

a. La rotación ha convergido en 14 iteraciones.

Finalmente, se puede apreciar que el instrumento se muestra confiable y válido, ya que en la validación estadística logra cumplir con los criterios consensuados estadísticamente según Kerlinger y Lee (2002). Por lo tanto, la Escala de Autoeficacia General para Universitarios es apta para ser aplicada en la presente investigación.

Las preguntas y definiciones teóricas para cada componente del instrumento se encuentran en el anexo n°5.

Cuestionario sobre consumo de alcohol y tabaco en universitarios:

Para medir el nivel de consumo de alcohol y tabaco se creó un instrumento especialmente para la investigación, con el objetivo de medir la frecuencia y cantidad de consumo en población universitaria (anexo n°6). Específicamente, se recaba información respecto a la frecuencia, la cantidad de consumo en una ocasión no planificada y en una situación social (con amigos).

Existe una pregunta inicial respecto al consumo o no de alcohol y tabaco, de la cual depende si la persona contesta las siguientes preguntas específicas.

El apartado de cantidad se mide en escala Likert de 6 puntas, el cual gradúa el consumo con un mínimo de 1 a 2 a un máximo de 11 a 12 vasos/cigarrillos.

IV.6 Población/muestra.

La población a estudiar estuvo conformada por estudiantes universitarios de la ciudad de Chillán, cuya población consta de 9.096 personas según el Consejo Nacional de Educación (2011). La muestra considerada para esta investigación corresponde a un 10% de dicho universo, con un margen de error aceptable del 5% y con un nivel de confianza deseado de 95% (Hernández y cols., 2006).

Luego de procesar dichos datos mediante el software STATS, la muestra correspondiente para la investigación la constituye un total de 136 estudiantes universitarios, la que se aumentó a 242 para mayor representatividad de ésta y para controlar los posibles cuestionarios anulados.

En cuanto al muestreo, este fue de tipo probabilístico estratificado, es decir que cada uno de los individuos de la población tuvo la misma posibilidad de ser elegido (Hernández y cols., 2006). Se utilizó estratificado, puesto que la población a estudiar se encuentra dispersa en relación al número de estudiantes por universidad, llegando a capturar una de ellas aproximadamente el 40% de dicha población.

IV.7 Análisis de datos propuesto.

Luego de recolectar los datos de la muestra, se analizaron mediante el programa computacional SPSS v.17.0 (Statistical Package for the Social Sciences o Paquete estadístico para las Ciencias Sociales), el que se utilizó para realizar primeramente un análisis descriptivo y posteriormente, correlacional de los datos (Hernández y cols., 2006).

Mediante el análisis descriptivo se evidenció cómo se distribuye la muestra, contemplando para esto las medidas de tendencia central y de variabilidad (Hernández y cols., 2006).

Las principales medidas de tendencia central son la moda, mediana y media, las cuales, como valores medios o centrales de una distribución, permiten ubicarla dentro de la escala de medición (Hernández y cols., 2006).

De éstas, la moda se refiere al valor que ocurre con mayor frecuencia dentro de la distribución obtenida, la mediana es el valor que divide la distribución en dos partes iguales y la media es el promedio aritmético de una distribución (Hernández y cols., 2006).

Por su parte, las medidas de variabilidad indican la dispersión de los datos respecto a la media, siendo la desviación estándar, la varianza y el rango las principales.

La desviación estándar se refiere al promedio de desviación de las puntuaciones respecto a la media, la varianza es la desviación estándar elevada al cuadrado y el rango es la diferencia entre la puntuación mayor y la puntuación menor, indicando el número de unidades en la escala que se necesitan para incluir los valores máximos y mínimos (Hernández y cols., 2006).

Posteriormente, se analizó y comprobó la hipótesis planteada mediante pruebas estadísticas, para lo que se utilizó la estadística inferencial, la cual permitió generalizar los resultados obtenidos en la muestra de la población.

Para comprobar nuestra hipótesis correlacional, se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson, el cual permite analizar la relación entre dos o más variables medidas en niveles de intervalo o razón (Hernández y cols., 2006).

IV.8 Criterios de calidad.

Los criterios de calidad utilizados para la presente investigación son dos: validez interna y externa. Por validación interna según Hernández y cols. (2006), aludimos a la confianza de los resultados obtenidos, mediante la manipulación de datos válidos y la interpretación adecuada de éstos, cuidando de antemano cualquier interpretación.

La validez externa se refiere a qué tan generalizables son los resultados de la presente investigación a situaciones no experimentales o a otros sujetos y/o población (Hernández y cols., 2006), lo cual es controlado por la representatividad de la muestra y la selección probabilística de ésta, representando la población a estudiar y generalizando los resultados en otras poblaciones con semejantes características.

Para la Escala de Autoeficacia General, los criterios de calidad que se estipulan son: confiabilidad, validez y objetividad.

La confiabilidad de un instrumento permite asegurar y determinar que los datos y las posteriores mediciones sean seguras, por lo tanto, una investigación científica resguarda la credibilidad de sus resultados con este criterio de calidad. Sin embargo, hay que considerar la existencia de un margen de error (Kerlinger y Lee, 2002).

Por lo tanto la confiabilidad del instrumento se refiere al grado en que el sistema de medición produciría el mismo resultado de una ocasión a otra (Clark- Carter, 2002).

La consistencia interna se midió a través del Alfa de Cronbach, el cual se presenta con valores entre 0 a 1 (entendiendo “0” como ausencia de correlación y “1” como correlación perfecta entre los ítem). Según Campo-Arias y Oviedo (2008), la consistencia interna se considera aceptable cuando se encuentra entre 0,70 y 0,90 para estudios relacionados con las ciencias sociales.

La confiabilidad entregada por el análisis estadístico, presentó un Alfa de Cronbach de 0.86 para la variable autoeficacia general. Esto se logró determinar en la etapa de validación del instrumento, por lo tanto el cuestionario expresa consistencia interna (Campo-Arias y Oviedo, 2008).

La validez del instrumento se refiere a que éste mida lo que los investigadores pretenden medir (Clark- Carter, 2002). Para Kerlinger y Lee (2002), existen distintos tipos de validez, en esta investigación se utilizaron los siguientes:

La validez de contenido hace alusión al grado en que una medida abarca toda la gama de comportamientos de la habilidad que se mide o el grado en el que la medición representa el concepto medido (Bohnstedt, 1976 en Hernández y cols., 2006). Este tipo de validez se encuentra resguardada por el marco teórico que presenta ésta investigación, el cual va acorde con lo que mide el instrumento y sus definiciones.

Por su parte, la validez de constructo *“mide el grado en que un instrumento realmente mide la variable que pretende medir”* (Hernández y cols., 2006 pp. 346).

La validez de constructo, según Hernández y cols., (2006), es la más importante desde una perspectiva científica, ya que indica el éxito con que un instrumento mide el concepto estudiado, el que se encuentra respaldado por la teoría existente. Este tipo de validez se logró resguardar a través de la comparación realizada entre la teoría presentada y los resultados obtenidos de la muestra, mediante la creación de una definición empírica de autoeficacia general.

La definición obtenida luego de analizar factorialmente el instrumento es la siguiente:

La autoeficacia general en universitarios es entendida como la percepción de eficacia personal que posee un individuo en un amplio rango de actividades, las cuales se configuran en base a sus vivencias personales y a su etapa evolutiva. Las personas autoeficaces se sienten capaces de realizar una serie de tareas, entre las cuales destacan la capacidad de: activar redes de comunicación con personas significativas, involucrándose afectivamente y adquiriendo compromisos con ellas, enfrentarse a situaciones estresantes y a una amplia gama de situaciones sociales, de desenvolverse activamente en el área académica, de persistir a pesar de la adversidad y de controlar las emociones tanto en su relación con personas significativas como en el área académica. Es decir, se sienten eficaces en una amplia gama de actividades propias de esta etapa.

Al realizar un análisis de la definición de autoeficacia general obtenida desde los resultados del instrumento y la definición teórica presentada, es posible observar la presencia de múltiples coincidencias.

Ambas definiciones resaltan la idea de que la autoeficacia es un área del autoconcepto (Bandura, 1987), desde la cual las personas configuran sus creencias acerca de sus capacidades dependiendo de la etapa evolutiva y del contexto social en el que se encuentren. Por otra parte, según lo postulado por Schwarzer (2005), las diferentes áreas en las cuales se desenvuelven las personas configuran su sentido global de eficacia, lo que se ve representado por los componentes del instrumento.

Por lo anteriormente señalado, el instrumento cumple con la validez de constructo al abarcar los principales componentes teóricos de la autoeficacia general, brindando una mirada lo más completa posible de la variable estudiada.

Otro aspecto importante a considerar es la objetividad, la que se refiere al grado en que el instrumento no es permeable a la influencia de los sesgos y tendencias de las investigadoras (Hernández y cols., 2006), la que se resguardó durante todo el proceso investigativo siguiendo los pasos de administración e interpretación de los instrumentos y procesado los datos a través del programa S.P.S.S.

IV.9 Aspectos éticos.

Entenderemos la ética como la disciplina que reflexiona sobre el *“sentido, validez y licitud de los actos humanos individuales y sociales en la convivencia social”* (Franca-Tarragó, 2001, pp.18). En el caso de la investigación, la ética se enfoca específicamente a las investigadoras, encargándose de delimitar las consideraciones que se deben tener presente al momento de llevar a cabo el proceso investigativo (Kerlinger y Lee, 2002).

De acuerdo a los Principios Éticos y al Código de Conducta de la American Psychological Association (2003), la investigación se rigió de acuerdo a los siguientes criterios:

Se informó a los participantes acerca del contenido de la investigación y de los cuestionarios a aplicar, resaltando que solo se nos entregaría la información necesaria para nuestra investigación, es decir, se dio a conocer el propósito de la investigación y se informó acerca del uso que se hará con los resultados.

Por otra parte, se garantizó a los estudiantes el anonimato y la confidencialidad de los resultados, aspectos esenciales tomando en cuenta especialmente las variables estudiadas. También se respetó la confidencialidad de las instituciones participantes, para evitar la posibilidad de estigmatización o discriminación en función de los resultados obtenidos.

Se dejó en claro que la participación en la investigación era en todo momento voluntaria, por lo que eran libres de participar, pudiéndose retirar de ésta en cualquier momento sin que conllevara consecuencias negativas para su persona, respondiendo al principio psicoético básico de autonomía (Franca-Tarragó, 2001).

Todo lo anteriormente mencionado, se expresó a través de un consentimiento informado, el cual fue leído por cada participante para disipar cualquier duda respecto al proceso. De esta forma velamos por la toma de una decisión final informada (Franca-Tarragó, 2001).

Por último, en cuanto al proceso de investigación en general, se resguardó la transparencia utilizando normas APA de citación y la utilización de software para analizar los datos estadísticos.

V. RESULTADOS.

Como se ha indicado anteriormente, este estudio es descriptivo correlacional, por lo tanto se realiza un análisis que permite conocer las variables utilizando estadísticos descriptivos y distribuciones porcentuales.

Aunque no constituye un objetivo específico del presente estudio, se incluye además un examen de comparación por sexo y años en la universidad de las variables autoeficacia general y consumo de tabaco y alcohol. Posteriormente, se realiza un análisis para determinar la fuerza de asociación de las variables ya mencionadas.

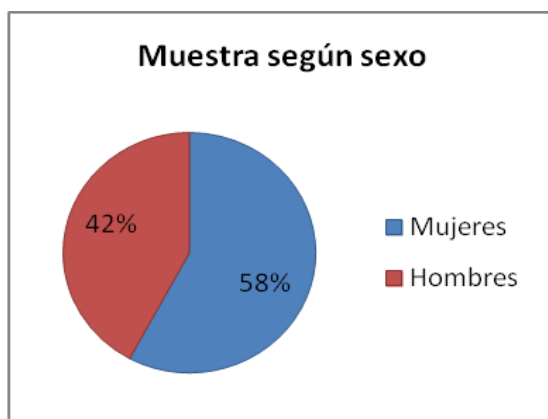
Se considerarán los siguientes rangos de clasificación de niveles de autoeficacia general:

Puntajes		Nivel
130 – 117	=	Muy alto
116 – 90	=	Alto
89 – 65	=	Medio
64 – 39	=	Bajo
38 – 26	=	Muy bajo

V.1 Población muestral.

La población muestral de la investigación consta de 242 estudiantes universitarios pertenecientes a la ciudad de Chillán, de los cuales 140 son mujeres y 102 son hombres (gráfico n°1). Las edades se enmarcan entre los 18 y 25 años.

Gráfico 1.



Para comenzar a analizar descriptivamente el total de la muestra obtenida en la investigación, se expondrá la tabla correspondiente a la distribución de frecuencias, tendencias de la medida central y medidas de variabilidad.

V.2 Resultados autoeficacia general en población universitaria.

Tabla 7.

Estadísticos

Total		
N	Válidos	242
	Perdidos	0
Media		108,5331
Error típ. de la media		,78284
Mediana		110,8000 ^a
Moda		112,00 ^b
Desv. típ.		12,17818
Varianza		148,308
Asimetría		-,880
Error típ. de asimetría		,156
Curtosis		,809
Error típ. de curtosis		,312
Rango		64,00
Mínimo		65,00
Máximo		129,00
Suma		26265,00

a. Calculado a partir de los datos agrupados.

b. Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

Como se aprecia en la tabla 7, la población universitaria de Chillán presenta un promedio de autoeficacia general de 108,53 puntos, desviándose en promedio 12,178 puntos de la media.

El menor puntaje que se obtuvo de las personas evaluadas es de 65 (nivel medio limitando con la categoría baja) y el máximo de 129 (nivel muy alto), donde el 50% de la población se encuentra entre los puntajes 65 (nivel medio) a 108 (nivel alto) y el 50% restante entre los puntajes 108 (nivel alto) y 129 (nivel muy alto).

La mayoría de los evaluados obtuvieron una puntuación de 112, ubicándose en una categoría alta. Por lo tanto, se puede observar que la tendencia de la muestra es hacia valores altos en la medición de autoeficacia general en estudiantes universitarios.

En cuanto a la dispersión de los datos, es posible interpretar que éstos tienden a agruparse al lado derecho de la curva normal, lo cual implica que la población universitaria presenta un nivel de autoeficacia general mayor a lo esperado de la población normal (curva platicúrtica).

V.2.1 Resultados según sexos:

Autoeficacia general mujeres:

Tabla 8.

Estadísticos		
N	Válidos	140
	Perdidos	0
Media		108,9571
Mediana		111,0000
Moda		111,00 ^a
Rango		64,00
Mínimo		65,00
Máximo		129,00

a. Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

Dado lo expuesto en la tabla 8, el grupo de las mujeres presenta un promedio de autoeficacia general de 108,95 puntos, ubicándose en una categoría alta.

El menor puntaje que se obtuvo de las personas evaluadas es de 65 (nivel medio limitando con la categoría baja) y el máximo de 129 (nivel muy alto), donde el 50% de la muestra se encuentra entre los puntajes 65 (nivel medio) a 111 (nivel alto) y el 50% restante entre los puntajes 111 (nivel alto) y 129 (nivel muy alto).

La mayoría de las evaluadas obtuvieron una puntuación de 111, ubicándose en una categoría alta. Por lo tanto, se puede observar que la tendencia del grupo de mujeres es hacia valores altos en la medición de autoeficacia general.

Autoeficacia general hombres:

Tabla 9.

Estadísticos

N	Válidos	102
	Perdidos	0
Media		107,9510
Mediana		110,5000
Moda		106,00 ^a
Rango		55,00
Mínimo		72,00
Máximo		127,00

a. Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

Como se puede apreciar en la tabla 9, el grupo de los hombres presenta un promedio de autoeficacia general de 107,95 puntos, ubicándose en una categoría alta.

El menor puntaje que se obtuvo de las personas evaluadas es de 72 (nivel medio) y el máximo de 127 (nivel muy alto), donde el 50% de la muestra se encuentra entre los puntajes 72 (nivel medio) a 110 (nivel alto) y el 50% restante entre los puntajes 110 (nivel alto) y 127 (nivel muy alto).

La mayoría de los evaluados obtuvieron una puntuación de 106, ubicándose en una categoría alta. Por lo tanto, se puede observar que la tendencia del grupo de hombres es hacia valores altos en la medición de autoeficacia general.

V.2.2 Categorías de nivel de autoeficacia general en población universitaria

Tabla 10.

Categorías		Mujeres%		Hombres %		Total %	
		Nº	%	Nº	%	Nº	%
Muy bajo	38 – 26	0	0	0	0	0	0
Bajo	64 – 39	0	0	0	0	0	0
Medio	89 – 65	8	5,7	11	10,8	19	7,9
Alto	116 - 90	90	64,28	64	62,74	154	63,63
Muy alto	130 - 117	42	30	27	26,47	69	28,51

Del total de la muestra, el 7,9% obtuvo puntajes entre 65 y 89, lo que se traduce en un nivel medio de autoeficacia general. Por otro lado, el 63,63% de los estudiantes tienen una autoeficacia general alta, lo que refiere a puntuaciones entre 90 y 116. Y el 28,51% obtiene puntajes entre 117 y 130, lo que se traduce en un nivel muy alto de autoeficacia general.

Como se puede apreciar, la población universitaria presenta niveles altos de autoeficacia general, ubicándose desde la categoría media a muy alta. Al comparar las muestras por sexo, se puede ver que no se presentan diferencias significativas respecto al nivel de autoeficacia general en población universitaria, presentándose una diferencia de promedio de 1 punto entre ambos (mujeres 108,95 - hombres 107,95).

V.2.3 Resultados autoeficacia general según años en la universidad.

Tabla 11.

Estadísticos	1 año	2 años	3 años	4 años	5 años	6 a 10 años
N° válidos	72	52	40	29	27	22
Perdidos	0	0	0	0	0	0
Media	108,6111	104,5000	110,3250	114,5172	109,6667	105,2727
Mediana	111,0000	107,5000	110,5000	117,0000	113,0000	104,5000
Moda	99,00(a)	114,00	103,00	120,00	114,00	97,00(a)
Mínimo	65,00	66,00	78,00	89,00	72,00	72,00
Máximo	128,00	127,00	129,00	125,00	126,00	125,00

a Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

En relación a la autoeficacia general según los años de estudio en la universidad, se observa que el promedio de los diferentes grupos no varía significativamente, ya que todos los grupos se encuentran en un “nivel alto” de autoeficacia general. El grupo que presenta mayor nivel de autoeficacia general es el de personas que estudian hace 4 años en la universidad, con una media de 115 puntos aproximadamente; por el contrario, los grupos que presentan menor autoeficacia general es el de aquellas personas que estudian hace 2 años y de 6 a 10 años en la universidad, con una media de 105 aproximadamente en ambos grupos.

Categorías de autoeficacia general según años en la universidad.

Tabla 12.

Categorías		1 año		2 años		3 años		4 años		5 años		6 a 10 años	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Muy bajo	38 – 26	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Bajo	64 – 39	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Medio	89 – 65	6	8,33	7	13,46	2	5	1	3,44	1	3,70	2	9,09
Alto	116 – 90	47	65,27	35	67,30	24	60	13	44,82	19	70,37	16	72,72
Muy alto	130 – 117	19	26,38	10	19,23	14	35	15	51,72	7	25,92	4	18,18
Total		72	99,99	52	99,99	40	100	29	99,98	27	99,99	22	99,99

En relación a la frecuencia del nivel de autoeficacia general según años en la universidad, se aprecia que los estudiantes que se encuentran en su 4º año de universidad presentan un 52% de su población con un nivel “muy alto” de autoeficacia, siendo este grupo el que presenta mayor porcentaje de población dentro de esta categoría. Le siguen los grupos de estudiantes que se encuentran en su 5º año y los de 1º año, ambos con un 26%.

En relación a la categoría “alto nivel” de autoeficacia general, el grupo que presenta mayor porcentaje son los estudiantes de 6º a 10º año, presentando un 73% de su población dentro de esta categoría, seguidos por los estudiantes que se encuentran en su 5º años de universidad con un 70%, por los estudiantes de 2º año con un 67% y los de 1º año con un 65%. Los que presentan menor porcentaje en esta categoría, son los estudiantes que están en su 3º y 4º año de universidad, con un 60% y 44% respectivamente.

Por último, en relación a la categoría “nivel medio” de autoeficacia general, son los estudiantes que están en su 4º año de universidad los que presentan mayor cantidad de población en esta categoría con un 14%, seguido por los que se encuentran en su 6º a 10º año con un 9% y por los de 1º año con un 8%. Dentro de lo que presentan menor población en esta categoría se encuentran los estudiantes de 4º y 5º año con un 4% y 3% respectivamente.

V.3 Resultados consumo alcohol y tabaco en población universitaria.

V.3.1 Consumo alcohol.

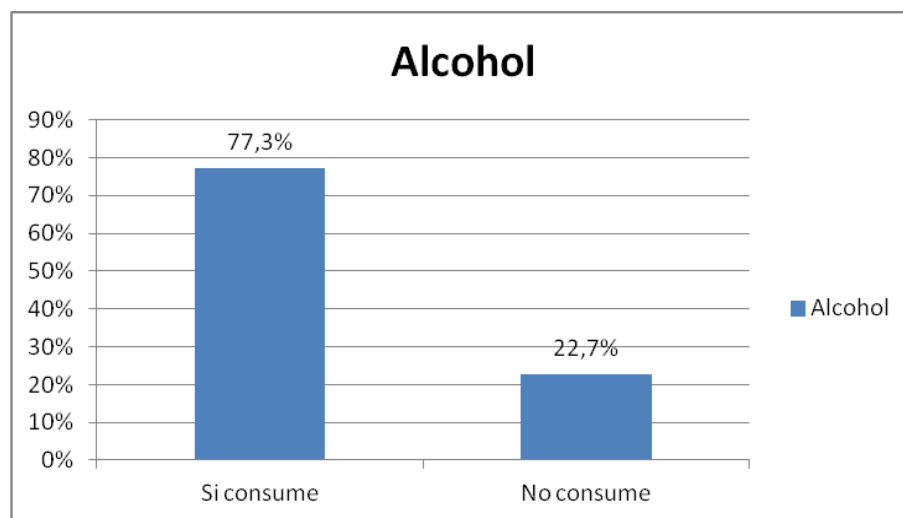
V.3.1.1 Consumo alcohol en población universitaria.

A continuación, se dan a conocer los datos descriptivos del consumo de alcohol:

Tabla 13.

		Alcohol			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si consume	187	77,3	77,3	77,3
	No consume	55	22,7	22,7	100,0
	Total	242	100,0	100,0	

Gráfico 2.



Al observar la tabla 13 y el gráfico 2, se desprende que, de un total de 242 personas, 187 consumen alcohol, es decir que el 77% de la población encuestada dice consumir algún tipo de bebida alcohólica, frente a un 23% que no consume.

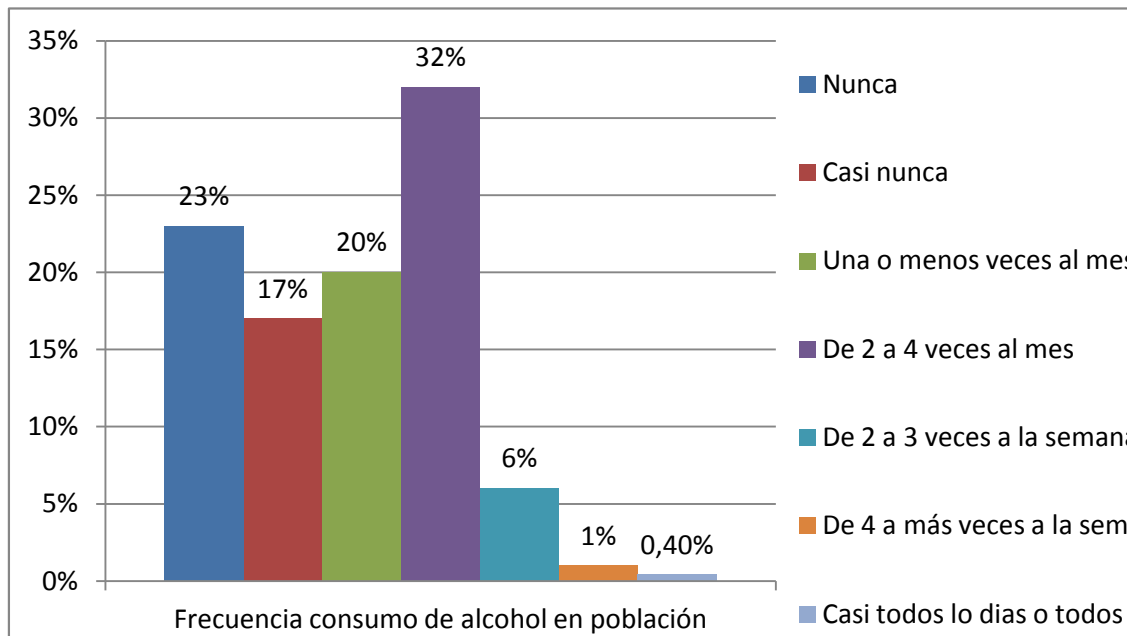
Frecuencia del consumo.

Tabla 14.

Preg.1: ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	,00	55	22,7	22,7	22,7
	1,00	42	17,4	17,4	40,1
	2,00	49	20,2	20,2	60,3
	3,00	77	31,8	31,8	92,1
	4,00	15	6,2	6,2	98,3
	5,00	3	1,2	1,2	99,6
	6,00	1	,4	,4	100,0
	Total	242	100,0	100,0	

Gráfico 3.



Como lo muestran la tabla 14 y el gráfico 3, de la población que consume alcohol, un 20% lo hace “una o menos veces al mes”, mientras que la mayoría de la población, es decir un 32% consume “de 2 a 4 veces al mes”. Un 6% consume de “de 2 a 4 veces a la semana” y sólo un 1% consume bebidas alcohólicas “4 o más veces a la semana a todos los días”.

Cantidad de consumo en una ocasión no planificada.

Tabla 15.

Preg.2: ¿Cuántas unidades estándar (vasos) de bebidas alcohólicas suele consumir en una ocasión no planificada, ya sea solo o acompañado de cualquier persona?

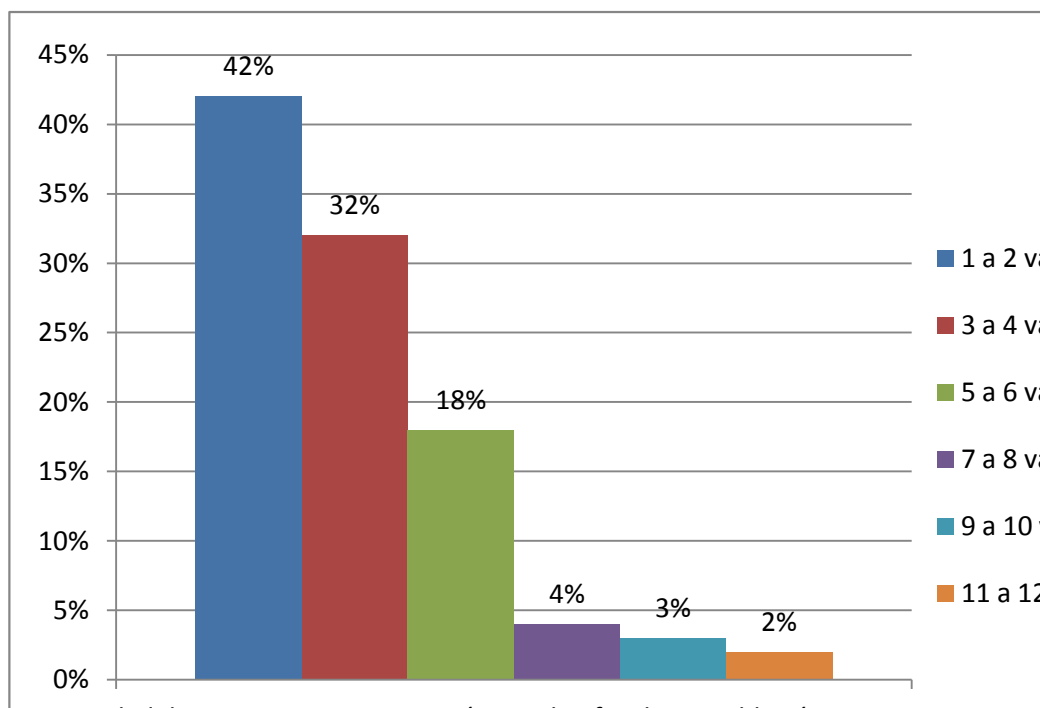
N	Válidos	187
	Perdidos	0
Media		1,9947
Mediana		2,0000
Moda		1,00
Mínimo		1,00
Máximo		6,00

La tabla 15 presenta las medidas de tendencia central de la cantidad de consumo de bebidas alcohólicas en universitarios de la ciudad de Chillán, la cual presenta un promedio de 2 puntos de un máximo de 6, es decir que esta población consume en promedio “3 a 4 vasos” en una ocasión no planificada, donde el 50% de la muestra bebe de “1 a 4 vasos”, y el 50% restante de “3 a 12 vasos”. La puntuación que más se repite es 1, es decir que la moda en la población es consumir “1 a 2 vasos” de bebidas alcohólicas en una ocasión no planificada.

Tabla 16.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 1,00	78	41,7	41,7	41,7
2,00	59	31,6	31,6	73,3
3,00	34	18,2	18,2	91,4
4,00	8	4,3	4,3	95,7
5,00	5	2,7	2,7	98,4
6,00	3	1,6	1,6	100,0
Total	187	100,0	100,0	

Gráfico 4.



Como se observa en la tabla 16 y en el gráfico 4, de la población que consume alcohol, un 32% bebe de “3 a 4 vasos” en una ocasión no planificada, mientras que la mayoría de la población, es decir un 42% consume “1 a 2 vasos” y sólo un 4% y 5% reportan consumir de “7 a 8 vasos” y “9 a 12 vasos” respectivamente.

Cantidad de consumo con amigos.

Tabla 17.

Preg.3: Cuando sale con un grupo de amigos ¿cuántas unidades estándar (vasos) de bebidas alcohólicas suele consumir?

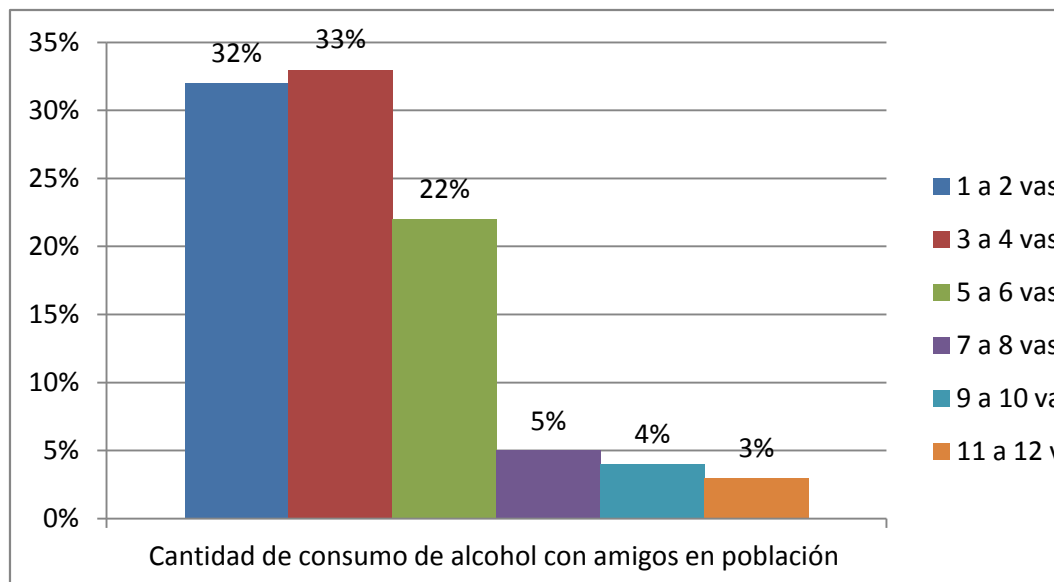
N	Válidos	187
	Perdidos	0
Media		2,2620
Mediana		2,0000
Moda		2,00
Mínimo		1,00
Máximo		6,00

La tabla 17 expone las medidas de tendencia central de la cantidad de consumo de bebidas alcohólicas en universitarios de la ciudad de Chillán cuando comparten con amigos, la cual presenta un promedio de 2,26 puntos de un máximo de 6, es decir que esta población consume en promedio de “3 a 4 vasos”, donde el 50% de la muestra bebe de “1 a 4 vasos”, y el 50% restante de “4 a 12 vasos”. La puntuación que más se repite es 2, es decir que la moda es consumir de “3 a 4 vasos” de bebidas alcohólicas cuando se comparte con amigos.

Tabla 18.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 1,00	60	32,1	32,1	32,1
2,00	62	33,2	33,2	65,2
3,00	41	21,9	21,9	87,2
4,00	10	5,3	5,3	92,5
5,00	8	4,3	4,3	96,8
6,00	6	3,2	3,2	100,0
Total	187	100,0	100,0	

Gráfico 5.



Como lo muestra la tabla 18 y el gráfico 5, de la población que consume alcohol, un 65% bebe de “1 a 4 vasos” cuando comparte con amigos y de la población restante, un 22% consume entre “5 a 6 vasos” y sólo un 12% consume de “7 a 12 vasos”.

V.3.1.2 Consumo de alcohol según sexo.

V.3.1.2.1 Consumo de alcohol en mujeres.

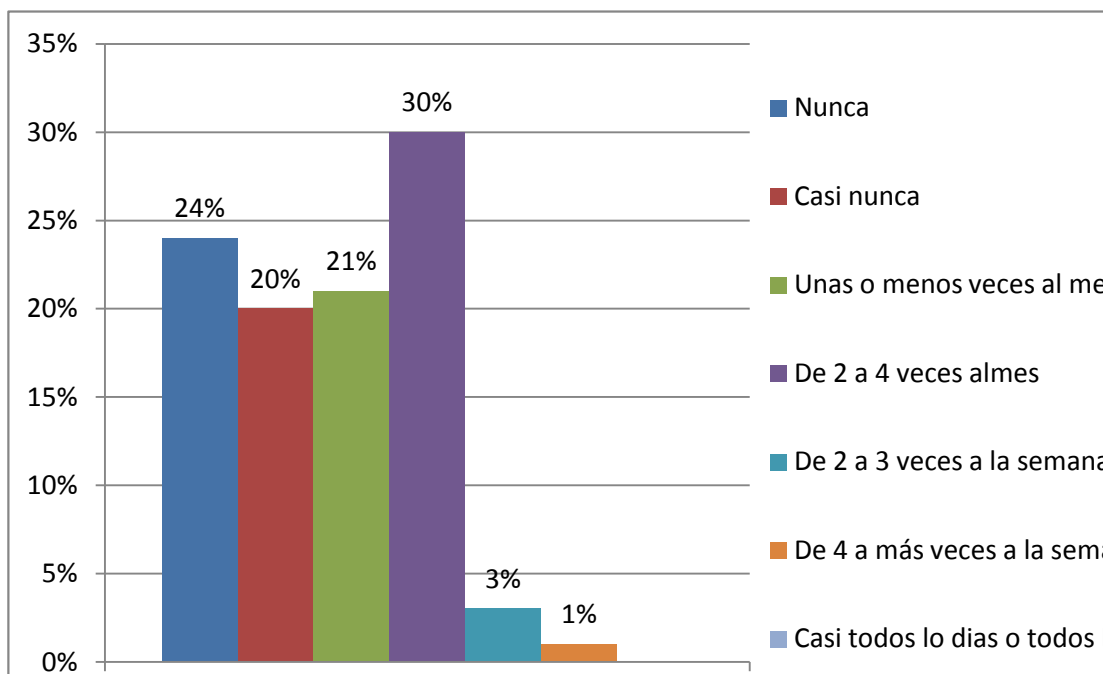
Frecuencia del consumo.

Tabla 19.

Preg.1: ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	,00	34	24,3	24,3
	1,00	28	20,0	44,3
	2,00	30	21,4	65,7
	3,00	42	30,0	95,7
	4,00	4	2,9	98,6
	5,00	2	1,4	100,0
Total		140	100,0	100,0

Gráfico 6.



Como se aprecia en la tabla 19 y en el gráfico 6, de las mujeres que consumen alcohol, un 21% lo hace “una o menos veces al mes”, mientras que la mayoría de la población, es decir un 30% consume “de 2 a 4 veces al mes” y sólo un 4% consume bebidas alcohólicas “de 2 - 4 veces a la semana a todos los días”.

Cantidad de consumo en una ocasión no planificada.

Tabla 20.

Preg.2: ¿Cuántas unidades estándar (vasos) de bebidas alcohólicas suele consumir en una ocasión no planificada, ya sea solo o acompañado de cualquier persona?

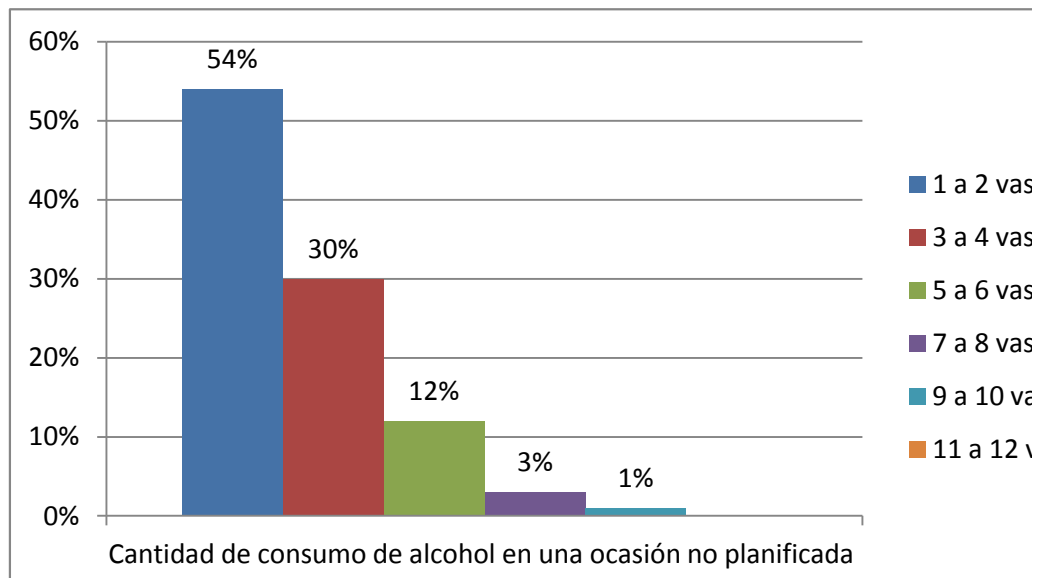
N	Válidos	106
	Perdidos	0
Media		1,6698
Mediana		1,0000
Moda		1,00
Mínimo		1,00
Máximo		5,00

La tabla 20 da a conocer las medidas de tendencia central de la cantidad de consumo de bebidas alcohólicas en mujeres universitarias de la ciudad de Chillán en una ocasión no planificada, la cual presenta un promedio de 2 puntos de un máximo de 5, es decir que esta población consume en promedio de “3 a 4 vasos”, donde el 50% de la muestra bebe de “1 a 2 vasos”, y el 50% restante de “1 a 10 vasos”. La puntuación que más se repite es 1, es decir que la moda en la población es consumir “1 a 2 vasos” de bebidas alcohólicas en una ocasión no planificada.

Tabla 21.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1,00	57	53,8	53,8	53,8
	2,00	32	30,2	30,2	84,0
	3,00	13	12,3	12,3	96,2
	4,00	3	2,8	2,8	99,1
	5,00	1	,9	,9	100,0
	Total	106	100,0	100,0	

Gráfico 7.



Como se expone en la tabla 21 y en el gráfico 7, de la población que consume alcohol, un 30% bebe de “3 a 4 vasos” en una ocasión no planificada, mientras que la mayoría de las mujeres, es decir un 54% consume de “1 a 2 vasos” y sólo un 4% consume “7 a 10 vasos”.

Cantidad de consumo con amigos.

Tabla 22.

Preg.3: Cuando sale con un grupo de amigos ¿cuántas unidades estándar (vasos) de bebidas alcohólicas suele consumir?

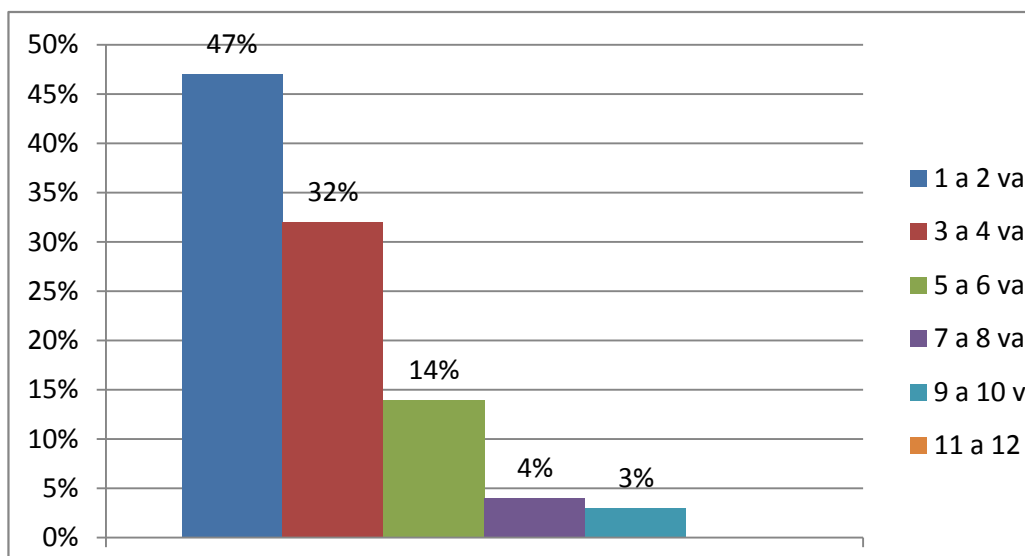
N	Válidos	106
	Perdidos	0
Media		1,8302
Mediana		2,0000
Moda		1,00
Mínimo		1,00
Máximo		5,00

A continuación se presentan las medidas de tendencia central de la cantidad de consumo de bebidas alcohólicas en mujeres universitarias cuando comparten con amigos. Se presenta un promedio de 1,83 puntos de un máximo de 5, es decir que esta población consume en promedio de “3 a 4 vasos”, donde el 50% de la muestra bebe de “1 a 4 vasos”, y el 50% restante de “4 a 10 vasos”. La puntuación que más se repite es 1, es decir que la moda es consumir de “1 a 2 vasos” de bebidas alcohólicas cuando se comparte con amigos.

Tabla 23.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 1,00	50	47,2	47,2	47,2
2,00	34	32,1	32,1	79,2
3,00	15	14,2	14,2	93,4
4,00	4	3,8	3,8	97,2
5,00	3	2,8	2,8	100,0
Total	106	100,0	100,0	

Gráfico 8.



Como se aprecia en la tabla 23 y en el gráfico 8, de la población que consume alcohol, un 32% bebe de “3 a 4 vasos” cuando comparte con amigos, mientras que la mayoría de las mujeres, es decir un 47% consume de “1 a 2 vasos” y sólo un 7% consume de “7 a 10 vasos”.

V.3.1.2.2 Consumo de alcohol en hombres.

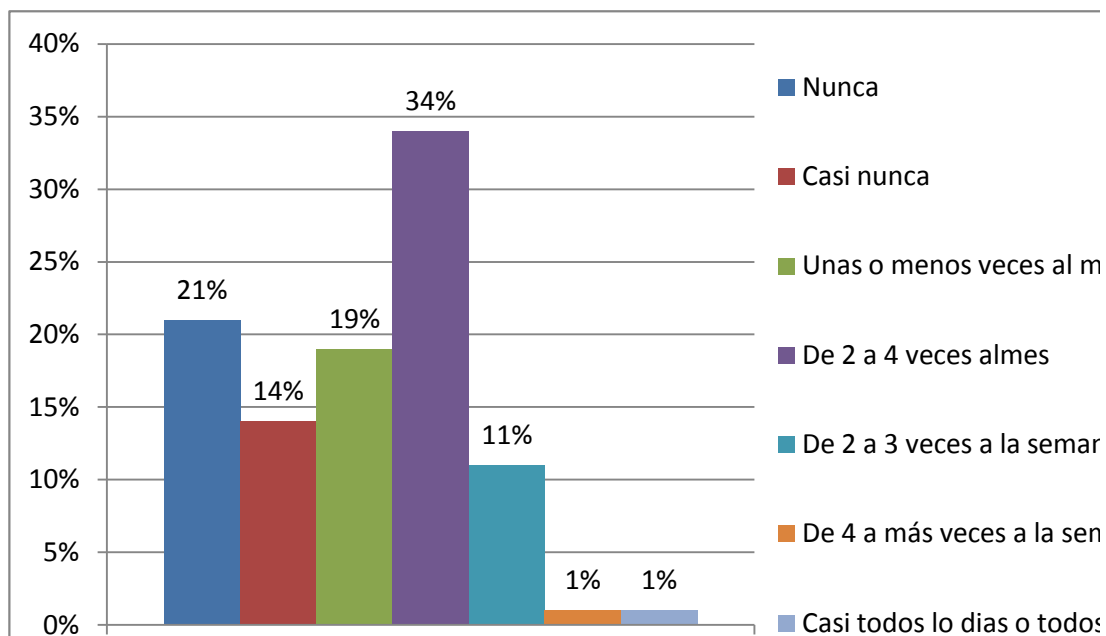
Frecuencia del consumo.

Tabla 24.

Preg.1: ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	,00	21	20,6	20,6
	1,00	14	13,7	34,3
	2,00	19	18,6	52,9
	3,00	35	34,3	87,3
	4,00	11	10,8	98,0
	5,00	1	1,0	99,0
	6,00	1	1,0	100,0
Total	102	100,0	100,0	

Gráfico 9.



Al observar la tabla 24 y el gráfico 9, se concluye que, de los hombres que consumen alcohol, un 19% lo hace “una o menos veces al mes”, mientras que la mayoría de la población, es decir un 34% consume “de 2 a 4 veces al mes”. Un 11% consume bebidas alcohólicas “de 2 a 3 veces a la semana” y la minoría de la población, es decir el 2% consume “de 4 veces a la semana a todos los días”.

Cantidad de consumo en una ocasión no planificada.

Tabla 25.

Preg.2: ¿Cuántas unidades estándar (vasos) de bebidas alcohólicas suele consumir en una ocasión no planificada, ya sea solo o acompañado de cualquier persona?

Estadísticos

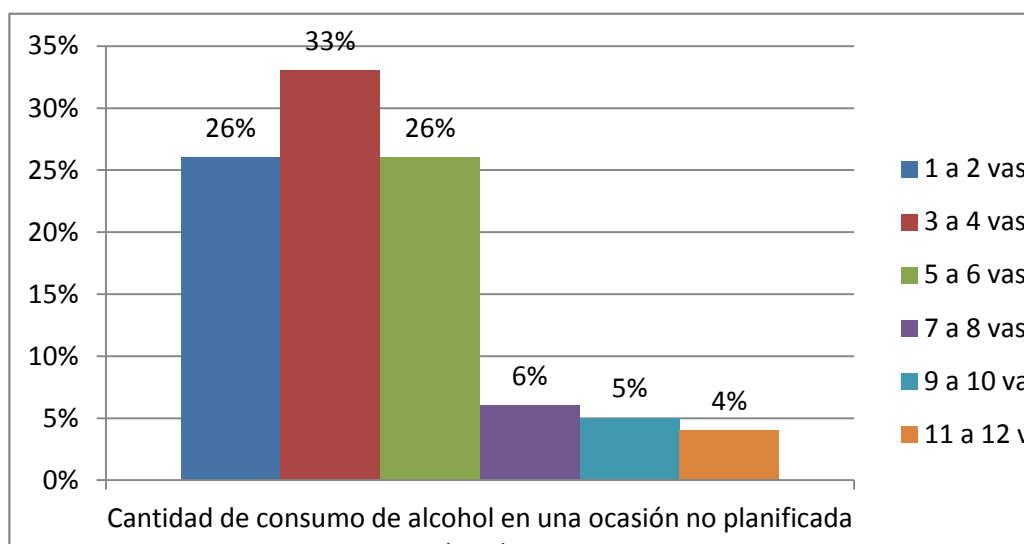
N	Válidos	81
	Perdidos	0
Media		2,4198
Mediana		2,0000
Moda		2,00
Mínimo		1,00
Máximo		6,00

En la tabla 25 se presentan las medidas de tendencia central de la cantidad de consumo de bebidas alcohólicas en hombres universitarios de la ciudad de Chillán en una ocasión no planificada, la cual presenta un promedio de 2,41 puntos de un máximo de 6, es decir que esta población consume en promedio de “3 a 4 vasos”, donde el 50% de la muestra bebe de “1 a 4 vasos”, y el 50% restante de “4 a 12 vasos”. La puntuación que más se repite es 2, es decir que la moda en los hombres es consumir de “3 a 4 vasos” de bebidas alcohólicas en una ocasión no planificada.

Tabla 26.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 1,00	21	25,9	25,9	25,9
2,00	27	33,3	33,3	59,3
3,00	21	25,9	25,9	85,2
4,00	5	6,2	6,2	91,4
5,00	4	4,9	4,9	96,3
6,00	3	3,7	3,7	100,0
Total	81	100,0	100,0	

Gráfico 10.



Como se observa en la tabla 26 y en el gráfico 10, de la población que consume alcohol, un 59% bebe de “1 a 4 vasos” en una ocasión no planificada, encontrándose más de la mitad de los hombres en esta categoría.” De la población restante, un 15% consume de “7 a 12 vasos”.

Cantidad de consumo con amigos.

Tabla 27.

Preg.3: Cuando sale con un grupo de amigos ¿cuántas unidades estándar (vasos) de bebidas alcohólicas suele consumir?

N	Válidos	81
	Perdidos	0
Media		2,6173
Mediana		2,0000
Moda		2,00
Mínimo		1,00
Máximo		6,00

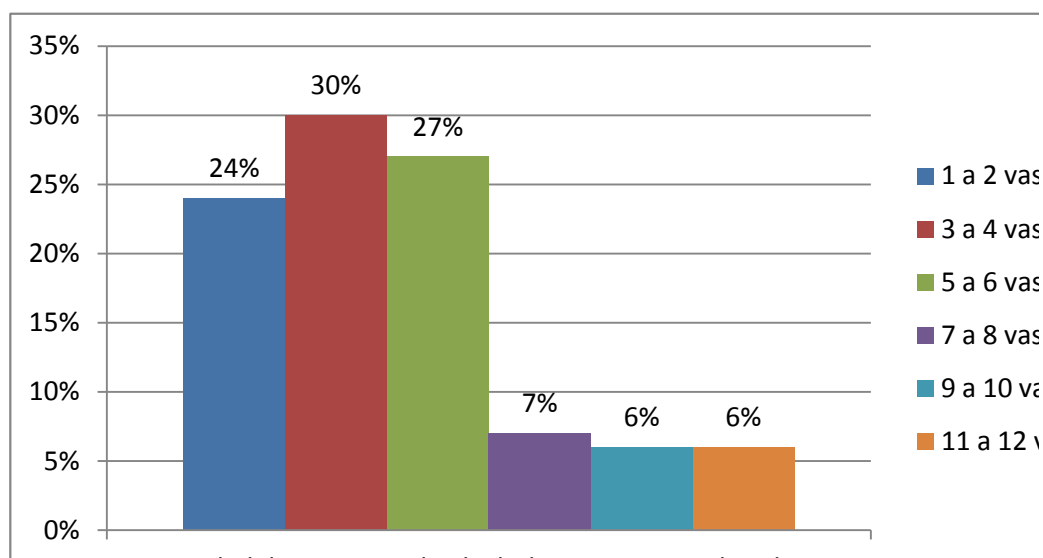
La tabla 27 expone las medidas de tendencia central de la cantidad de consumo de bebidas alcohólicas en hombres universitarios cuando comparten con amigos, la cual presenta un promedio de 2,61 puntos de un máximo de 6, es decir que esta población

consume en promedio de “5 a 6 vasos”, donde el 50% de la muestra bebe de “1 a 4 vasos”, y el 50% restante de “4 a 12 vasos”. La puntuación que más se repite es 2, es decir que la moda es consumir de “3 a 4 vasos” de bebidas alcohólicas cuando se comparte con amigos.

Tabla 28.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1,00	19	23,5	23,5	23,5
	2,00	24	29,6	29,6	53,1
	3,00	22	27,2	27,2	80,2
	4,00	6	7,4	7,4	87,7
	5,00	5	6,2	6,2	93,8
	6,00	5	6,2	6,2	100,0
	Total	81	100,0	100,0	

Gráfico 11.



Como lo muestran la tabla 28 y el gráfico 11, de la población que consume alcohol, un 27% bebe de “5 a 6 vasos” cuando comparte con amigos, mientras que la mayoría de los hombres, es decir un 30% consume de “3 a 4 vasos” y sólo un 12% consume de “9 a 12 vasos”.

V.3.1.3 Consumo de alcohol según años en la universidad.

Frecuencia consumo de alcohol.

Tabla 29.

Categorías	1 año		2 años		3 años		4 años		5 años		6 a 10 años	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Nunca	22	30,6	8	15,4	15	37,5	6	20,7	3	11,1	1	4,5
Casi nunca	11	15,3	13	25	4	10	9	31,0	5	18,5	7	31,8
Una o menos veces al mes	7	9,7	11	21,2	10	25	3	10,3	11	40,7	12	54,5
De 2 a 4 veces al mes	27	37,5	15	28,8	9	22,5	9	31,0	5	18,5	2	9,1
De 2 a 3 veces a la semana	4	5,6	3	5,8	2	5	2	6,9	2	7,4	0	0
De 4 o más veces a la semana	1	1,4	2	3,8	0	0	0	0	0	0	0	0
Casi todos los días o todos los días	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3,7	0	0

Como lo muestra la tabla 29, se presenta un consumo dispar, dado que los grupos que presentan mayor porcentaje de “nunca consumir alcohol” son los estudiantes que se encuentran en su 1° y 3° año de universidad con un 31% y 36% respectivamente. Por otro lado, los estudiantes que se encuentran en su 6° o más años en la universidad, presentan solo un 5% de la población que “nunca consume alcohol”.

A pesar de lo anteriormente planteado, también se aprecia que es el grupo de los estudiantes de 1° y 4° año los que presentan mayor porcentaje de personas que consumen alcohol de 2 a 4 veces al mes con un 38% y 31%. En relación al consumo de 2 veces a la semana a todos los días, son los estudiantes de 4° año los que presentan mayor porcentaje de población dentro de esta categoría con un 11%, seguido por los de 2° año con un 10% y los de 1 año con un 7%.

Cantidad de consumo de alcohol según años en la universidad.

Tabla 30.

Categorías	1 año		2 años		3 años		4 años		5 años		6 a 10 años	
	Preg 1	Preg 2	Preg 1	Preg 2	Preg 1	Preg 2	Preg 1	Preg 2	Preg 1	Preg 2	Preg 1	Preg 2
1 a 2 vasos	36	28	45,5	36,4	44	28	65,2	56,5	37,5	37,5	19	4,8
3 a 4 vasos	32	34	29,5	31,8	44	52	8,7	17,4	33,3	12,5	47,6	52,4
5 a 6 vasos	24	20	18,2	18,2	12	16	13	17,4	16,7	37,5	19	28,6
7 a 8 vasos	6	8	4,5	6,8	0	4	4,3	0	0	4,2	9,5	4,8
9 a 10 vasos	2	10	2,3	2,3	0	0	4,3	0	4,2	0	4,8	9,5
11 a 12 vasos	0	0	0	4,5	0	0	4,3	8,7	8,3	8,3	0	0

En relación a la cantidad de consumo según años en la universidad (tabla 30), se puede apreciar que los estudiantes que se encuentran en su 4° año de universidad, presentan mayor número de población que consume entre 1 a 2 vasos con un 65%, a pesar de que este porcentaje baja cuando se les pregunta acerca de la cantidad de consumo al estar con amigos (57%).

Respecto a la categoría de 5 a 10 vasos cuando consumen con amigos, son los estudiantes de 5° año los que presentan mayor porcentaje con un 42% de población en ésta categoría, seguido por los estudiantes de 1° año, los que presentan un 28% y por los de 2° año con un 25%.

Por último, el grupo que presenta mayor porcentaje de población dentro de la categoría de 9 a 12 vasos son los estudiantes de 1°, 5° y 6 o más años, con un 10%, 11% y 10% respectivamente. El grupo de estudiantes de 3° año no presentan población dentro de esta categoría.

V.3.2 Consumo tabaco.

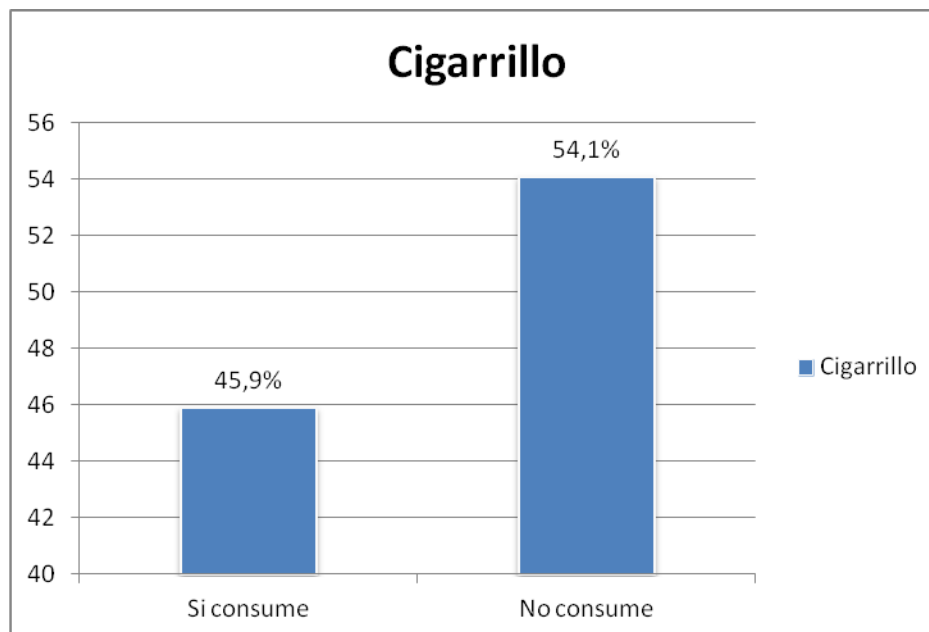
V.3.2.1 Consumo de tabaco en población universitaria.

A continuación, se dan a conocer los datos descriptivos del consumo de tabaco:

Tabla 31.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Si consume	111	45,9	45,9	45,9
	No consume	131	54,1	54,1	100,0
	Total	242	100,0	100,0	

Gráfico 12.



Como se aprecia en la tabla 31 y en el gráfico 12, de un total de 242 personas, 111 consumen tabaco, es decir que el 46% de ellas consume cigarrillos, mientras un 54% no lo hace.

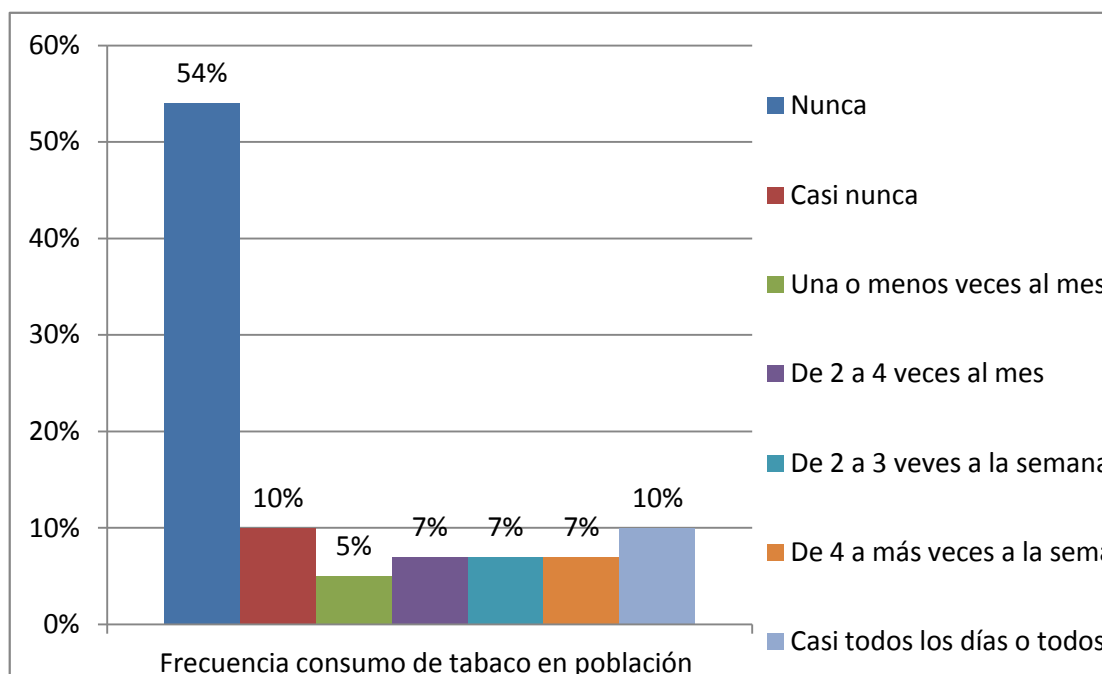
Frecuencia del consumo.

Tabla 32.

Preg.1: ¿Con que frecuencia consume tabaco?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	,00	131	54,1	54,1	54,1
	1,00	24	9,9	9,9	64,0
	2,00	12	5,0	5,0	69,0
	3,00	18	7,4	7,4	76,4
	4,00	17	7,0	7,0	83,5
	5,00	16	6,6	6,6	90,1
	6,00	24	9,9	9,9	100,0
Total		242	100,0	100,0	

Gráfico 13.



Como lo muestra la tabla 32 y el gráfico 13, de la población que consume tabaco, existe una polarización en las respuestas de frecuencia, dado que un 15% presenta un consumo de “casi nunca” a “una o menos veces al mes” mientras que un 17% se encuentra en la categoría “de 4 a más veces a la semana” a “todos los días”. Por último, un 14% se encuentra en las categorías “de 2 a 4 veces al mes” y “de 2 a 4 veces a la semana”.

Cantidad de consumo en una ocasión no planificada.

Tabla 33.

Preg.2: ¿Cuántos cigarrillos suele consumir en una ocasión no planificada, ya sea solo o acompañado de cualquier persona?

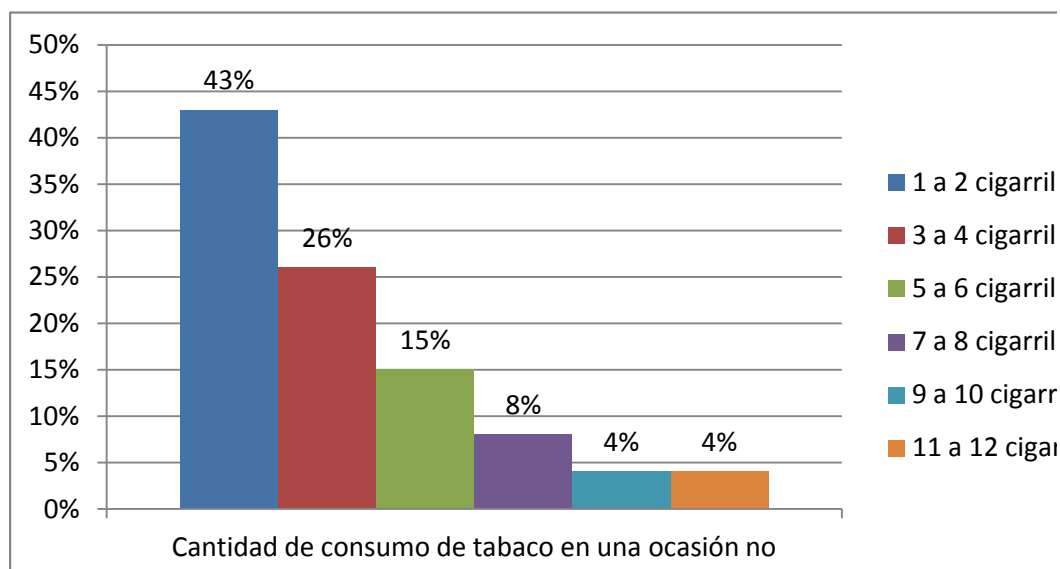
N	Válidos	111
	Perdidos	0
Media		2,1351
Mediana		2,0000
Moda		1,00
Mínimo		1,00
Máximo		6,00

En la tabla 33 se exponen las medidas de tendencia central de la cantidad de consumo de tabaco en universitarios de la ciudad de Chillán, la cual presenta un promedio de 2 puntos de un máximo de 6, es decir que esta población fuma en promedio de “3 a 4 cigarrillos” en una ocasión no planificada, donde el 50% de la muestra fuma de “1 a 4 cigarrillos” y el 50% restante de “4 a 12 cigarrillos”. La puntuación que más se repite es 1, es decir que la moda en la población es fumar “1 a 2 cigarrillos” en una ocasión no planificada.

Tabla 34.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 1,00	48	43,2	43,2	43,2
2,00	29	26,1	26,1	69,4
3,00	17	15,3	15,3	84,7
4,00	9	8,1	8,1	92,8
5,00	4	3,6	3,6	96,4
6,00	4	3,6	3,6	100,0
Total	111	100,0	100,0	

Gráfico 14.



Como se observa en la tabla 34 y en el gráfico 14, de la población que consume tabaco, un 15% fuma de “5 a 6 cigarrillos” en una ocasión no planificada, mientras que la mayoría de la población, es decir un 26% consume de “3 a 4 cigarrillos” y sólo un 8% fuma de “9 a 12 cigarrillos”.

Cantidad de consumo con amigos.

Tabla 35.

Preg.3: Cuando sale con un grupo de amigos ¿cuántos cigarrillos suele consumir?

Estadísticos

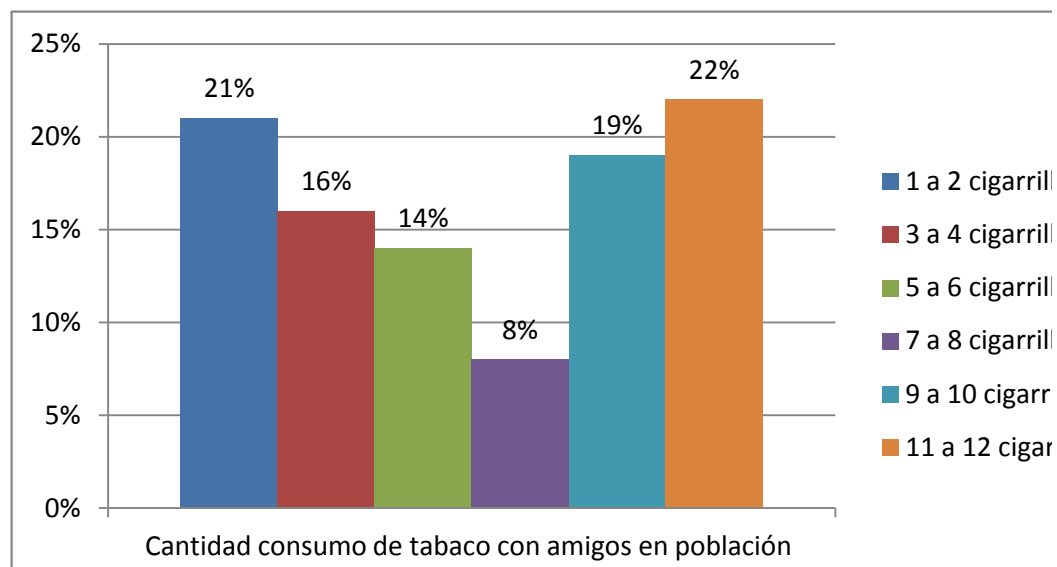
N	Válidos	111
	Perdidos	0
Media		3,5315
Mediana		3,0000
Moda		6,00
Mínimo		1,00
Máximo		6,00

En la tabla 35 se presentan las medidas de tendencia central de la cantidad de consumo de tabaco en universitarios de la ciudad de Chillán cuando comparten con amigos, la cual presenta un promedio de 4 puntos de un máximo de 6, es decir que esta población fuma en promedio de “7 a 8 cigarrillos”, donde el 50% de la muestra fuma de “1 a 6 cigarrillos” y el 50% restante de “6 a 12 cigarrillos”. La puntuación que más se repite es 6, es decir que la moda en la población es fumar “11 a 12 cigarrillos” cuando comparten con amigos.

Tabla 36.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 1,00	23	20,7	20,7	20,7
2,00	18	16,2	16,2	36,9
3,00	16	14,4	14,4	51,4
4,00	9	8,1	8,1	59,5
5,00	21	18,9	18,9	78,4
6,00	24	21,6	21,6	100,0
Total	111	100,0	100,0	

Gráfico 15.



Como lo muestran la tabla 36 y el gráfico 15, de la población que consume tabaco, un 37% fuma de “1 a 4 cigarrillos” cuando comparte con amigos, mientras que el 19% consume “9 a 10 cigarrillos” y la mayoría de la población, es decir un 22% consume de “11 a 12 cigarrillos”.

V.3.2.2 Consumo de tabaco en población universitaria según sexo.

V.3.2.2.1 Consumo de tabaco en mujeres.

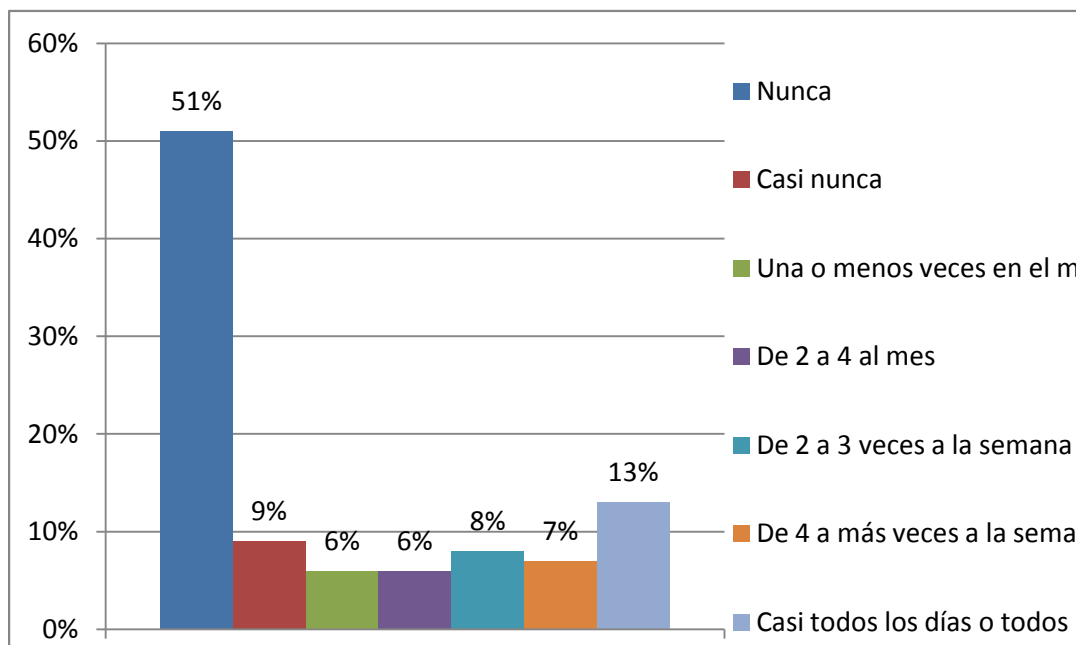
Frecuencia del consumo.

Tabla 37.

Preg.1: ¿Con que frecuencia consume tabaco?

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	,00	71	50,7	50,7	50,7
	1,00	13	9,3	9,3	60,0
	2,00	8	5,7	5,7	65,7
	3,00	9	6,4	6,4	72,1
	4,00	11	7,9	7,9	80,0
	5,00	10	7,1	7,1	87,1
	6,00	18	12,9	12,9	100,0
	Total	140	100,0	100,0	

Gráfico 16.



Al observar la tabla 37 y el gráfico 16, de las mujeres que consumen tabaco, un 15% lo hace “casi nunca a 1 o menos veces al mes”, mientras que un 6% consume “de 2 a 4 veces al mes” y un 15% consume “de 2 a 4 o más veces a la semana”. Por último, la mayoría de la población, es decir un 13%, se encuentra en la categoría “todos los días”.

Cantidad de consumo en una ocasión no planificada.

Tabla 38.

Preg.2: ¿Cuántos cigarrillos suele consumir en una ocasión no planificada, ya sea solo o acompañado de cualquier persona?

Estadísticos

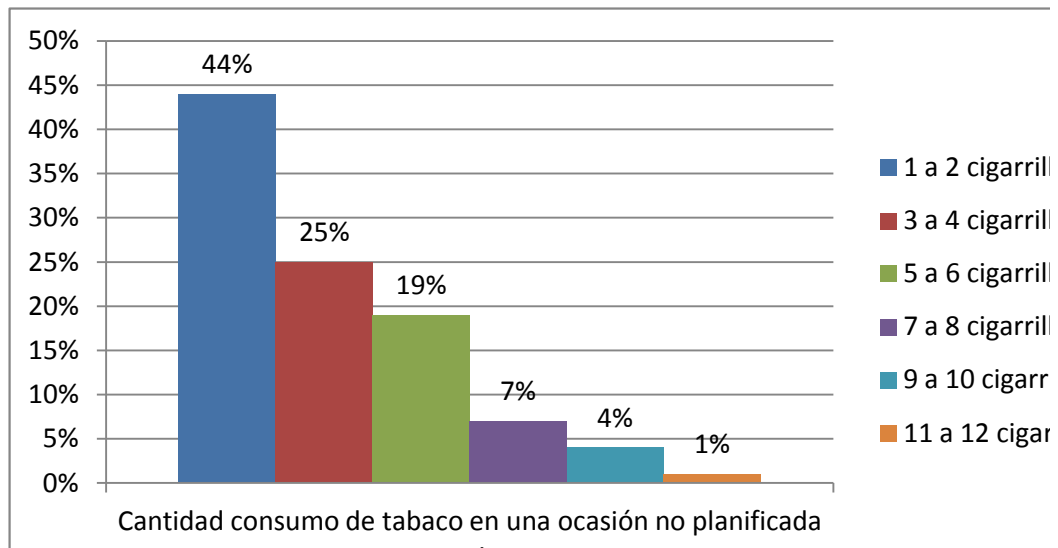
N	Válidos	69
	Perdidos	0
Media		2,0870
Mediana		2,0000
Moda		1,00
Mínimo		1,00
Máximo		6,00

La tabla 38 da a conocer las medidas de tendencia central de la cantidad de consumo de tabaco en mujeres universitarias de la ciudad de Chillán, la cual presenta un promedio de 2 puntos de un máximo de 6, es decir que esta población fuma en promedio de “3 a 4 cigarrillos” en una ocasión no planificada, donde el 50% de la muestra fuma de “1 a 4 cigarrillos” y el 50% restante de “4 a 12 cigarrillos”. La puntuación que más se repite es 1, es decir que la moda en las mujeres es fumar “1 a 2 cigarrillos” en una ocasión no planificada.

Tabla 39.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 1,00	30	43,5	43,5	43,5
2,00	17	24,6	24,6	68,1
3,00	13	18,8	18,8	87,0
4,00	5	7,2	7,2	94,2
5,00	3	4,3	4,3	98,6
6,00	1	1,4	1,4	100,0
Total	69	100,0	100,0	

Gráfico 17.



Al observar la tabla 39 y el gráfico 17, de la población que consume tabaco, un 25% fuma de “3 a 4 cigarrillos” en una ocasión no planificada, mientras que la mayoría de las mujeres, es decir un 44% consume de “1 a 2 cigarrillos” y sólo un 5% fuma de “9 a 12 cigarrillos”.

Cantidad de consumo con amigos.

Tabla 40.

Preg.3: Cuando sale con un grupo de amigos ¿cuántos cigarrillos suele consumir?

Estadísticos

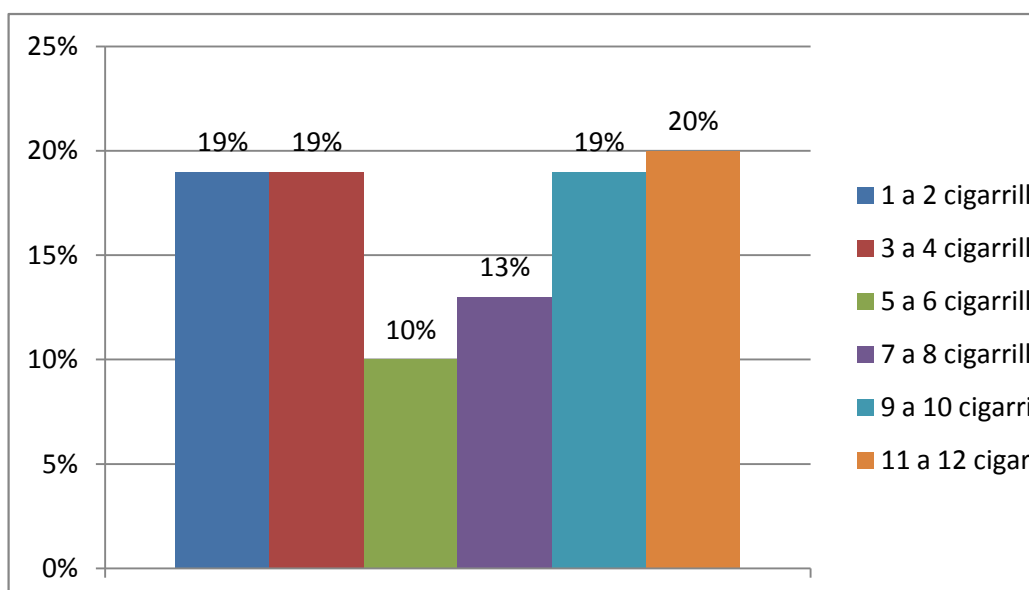
N	Válidos	69
	Perdidos	0
Media		3,5507
Mediana		4,0000
Moda		6,00
Mínimo		1,00
Máximo		6,00

La tabla 40 expone las medidas de tendencia central de la cantidad de consumo de tabaco en mujeres universitarias de la ciudad de Chillán cuando comparten con amigos, la cual presenta un promedio de 4 puntos de un máximo de 6, es decir que esta población fuma en promedio de “7 a 8 cigarrillos”, donde el 50% de la muestra fuma de “1 a 8 cigarrillos” y el 50% restante de “8 a 12 cigarrillos”. La puntuación que más se repite es 6, es decir que la moda en las mujeres es fumar “11 a 12 cigarrillos” cuando comparten con amigos.

Tabla 41.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	1,00	13	18,8	18,8	18,8
	2,00	13	18,8	18,8	37,7
	3,00	7	10,1	10,1	47,8
	4,00	9	13,0	13,0	60,9
	5,00	13	18,8	18,8	79,7
	6,00	14	20,3	20,3	100,0
	Total	69	100,0	100,0	

Gráfico 18.



Ateniéndonos a lo representado en la tabla 41 y en el gráfico 18, de la población que consume tabaco cuando se comparte con amigos, un 38% fuma de “1 a 4 cigarrillos”, mientras que un 39% consume entre “9 a 12 cigarrillos”, por lo que se puede apreciar una polarización respecto a éste, restando un 23% que fuma entre “5 a 8 cigarrillos”.

V.3.2.2.2 Consumo de tabaco en hombres.

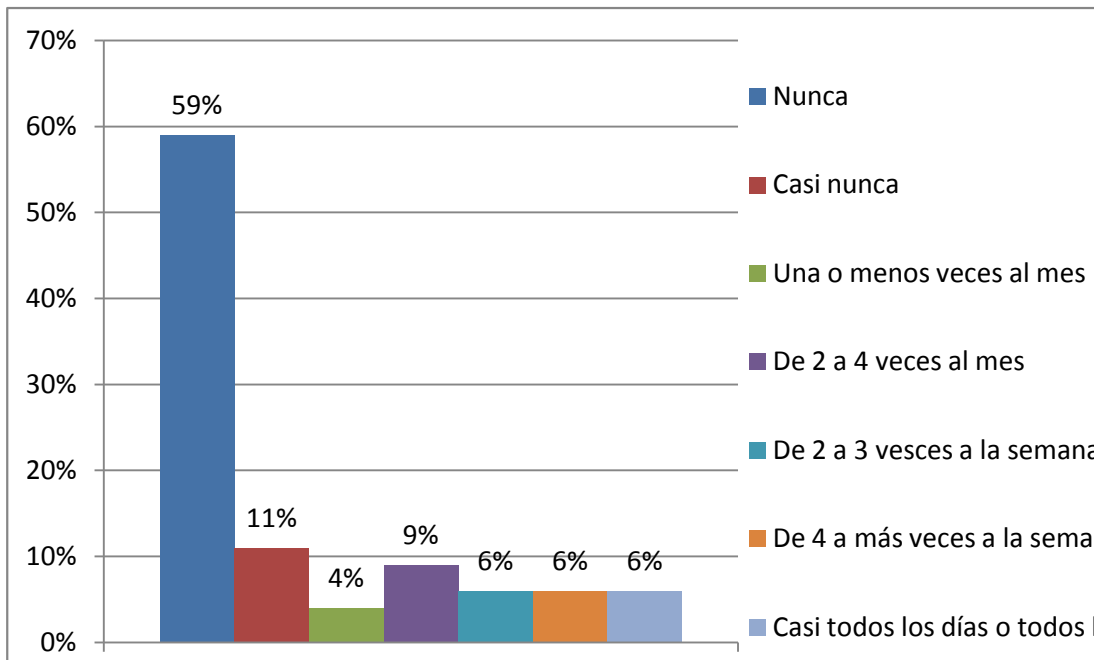
Frecuencia del consumo.

Tabla 42.

Preg.1: ¿Con que frecuencia consume tabaco?

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	60	58,8	58,8	58,8
	11	10,8	10,8	69,6
	4	3,9	3,9	73,5
	9	8,8	8,8	82,4
	6	5,9	5,9	88,2
	6	5,9	5,9	94,1
	6	5,9	5,9	100,0
Total	102	100,0	100,0	

Gráfico 19.



Como se muestra en la tabla 42 y en el gráfico 19, de los hombres que consumen tabaco, un 11%, es decir la mayoría de la población lo hace “casi nunca”, mientras un 4% fuma “una o menos veces en el mes”, un 9% consume “de 2 a 4 veces al mes” y un 12% consume de “de 2 a 4 veces a la semana a todos los días”

Cantidad de consumo en una ocasión no planificada.

Tabla 43.

Preg.2: ¿Cuántos cigarrillos suele consumir en una ocasión no planificada, ya sea solo o acompañado de cualquier persona?

Estadísticos

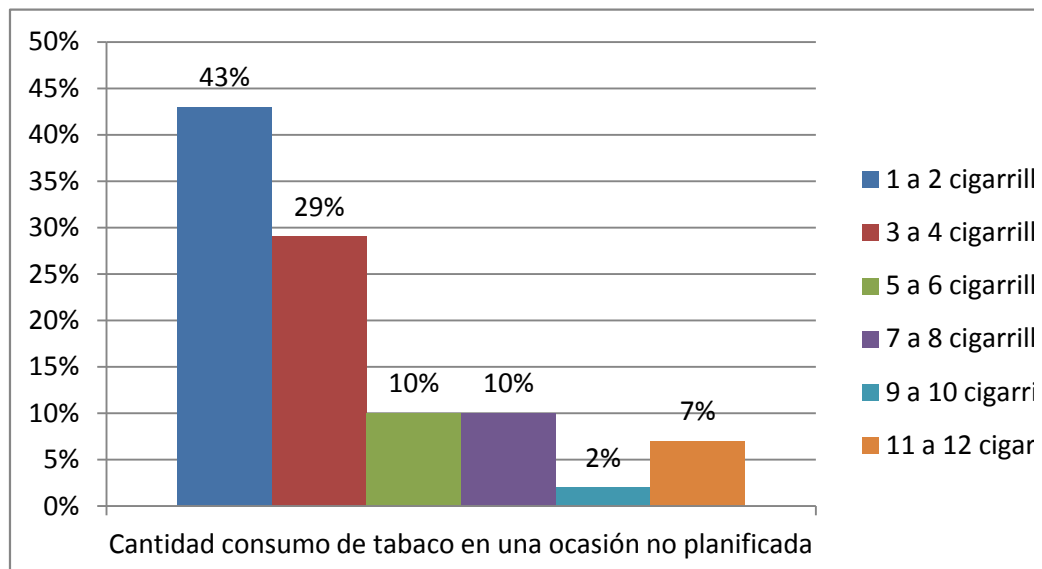
N	Válidos	42
	Perdidos	0
Media		2,2143
Mediana		2,0000
Moda		1,00
Mínimo		1,00
Máximo		6,00

En la tabla 43 se presentan las medidas de tendencia central de la cantidad de consumo de tabaco en hombres universitarios de la ciudad de Chillán, la cual presenta un promedio de 2 puntos de un máximo de 6, es decir que esta población fuma en promedio de “3 a 4 cigarrillos” en una ocasión no planificada, donde el 50% de la muestra fuma de “1 a 4 cigarrillos” y el 50% restante de “4 a 12 cigarrillos”. La puntuación que más se repite es 1, es decir que la moda en los hombres es fumar “1 a 2 cigarrillos” en una ocasión no planificada.

Tabla 44.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 1,00	18	42,9	42,9	42,9
2,00	12	28,6	28,6	71,4
3,00	4	9,5	9,5	81,0
4,00	4	9,5	9,5	90,5
5,00	1	2,4	2,4	92,9
6,00	3	7,1	7,1	100,0
Total	42	100,0	100,0	

Gráfico 20.



Al observar la tabla 44 y el gráfico 20, se destaca que, de la población que consume tabaco, un 29% fuma de “3 a 4 cigarrillos” en una ocasión no planificada, mientras que la mayoría de los hombres, es decir un 43% consume de “1 a 2 cigarrillos” y sólo un 7% fuma de “11 a 12 cigarrillos”.

Cantidad de consumo con amigos.

Tabla 45.

Preg.3: Cuando sale con un grupo de amigos ¿cuántos cigarrillos suele consumir?

Estadísticos

N	Válidos	42
	Perdidos	0
Media		3,5000
Mediana		3,0000
Moda		1,00(a)
Mínimo		1,00
Máximo		6,00

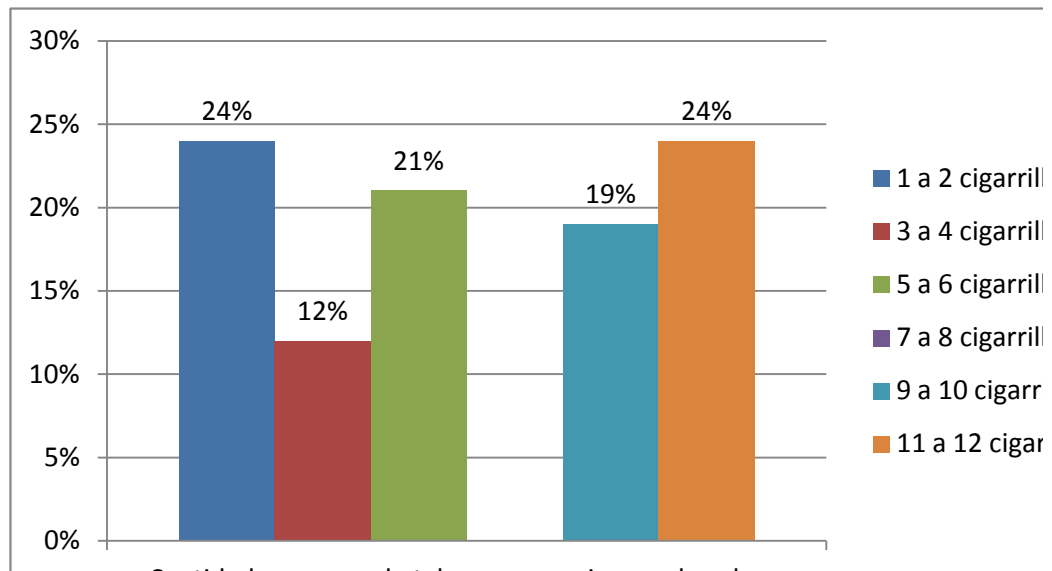
a Existen varias modas. Se mostrará el menor de los valores.

La tabla 45 expone las medidas de tendencia central de la cantidad de consumo de tabaco en hombres universitarios de la ciudad de Chillán cuando comparten con amigos, la cual presenta un promedio de 4 puntos de un máximo de 6, es decir que esta población fuma en promedio de “7 a 8 cigarrillos”, donde el 50% de la muestra fuma de “1 a 6 cigarrillos” y el 50% restante de “6 a 12 cigarrillos”. La puntuación que más se repite es 1, es decir que la moda en las mujeres es fumar “1 a 2 cigarrillos” cuando comparten con amigos.

Tabla 46.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos 1,00	10	23,8	23,8	23,8
2,00	5	11,9	11,9	35,7
3,00	9	21,4	21,4	57,1
5,00	8	19,0	19,0	76,2
6,00	10	23,8	23,8	100,0
Total	42	100,0	100,0	

Gráfico 21.



Como se observa en la tabla 46 y en el gráfico 21, de la población que consume tabaco, un 19% fuma de “9 a 10 cigarrillos” cuando comparte con amigos, mientras que dentro del mayor porcentaje existen polaridades, puesto que un 24% fuma entre “11 a 12 cigarrillos” y el otro 24% fuma de “1 a 2 cigarrillos” cuando comparten con amigos y sólo un 12% fuma de “3 a 4 cigarrillos”.

V.3.2.3 Consumo tabaco según años en la universidad.

Frecuencia consumo de tabaco.

Tabla 47.

Categorías	1 año		2 años		3 años		4 años		5 años		6 a 10 años	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Nunca	38	52,8	33	63,5	19	47,5	19	65,5	12	44,4	10	45,5
Casi nunca	8	11,1	4	7,7	4	10,0	3	10,3	3	11,1	2	9,1
Una o menos veces al mes	2	2,8	3	5,8	2	5,0	2	6,9	2	7,4	1	4,5
De 2 a 4 veces al mes	3	4,2	4	7,7	5	12,5	1	3,4	1	3,7	4	18,2
De 2 a 3 veces a la semana	4	5,6	3	5,8	5	12,5	2	6,9	2	7,4	1	4,5
De 4 o más veces a la semana	6	8,3	2	3,8	2	5,0	1	3,4	3	11,1	2	9,1
Casi todos los días o todos los días	11	15,3	3	5,8	3	7,5	1	3,4	4	14,8	2	9,1

Como se expone en la tabla 47, existe una tendencia significativa en la población a no consumir tabaco, lo que se puede apreciar en el alto porcentaje de población que reporta no consumir cigarrillos, el cual va desde un 44% en los estudiantes de 5° año a un 66% en los estudiantes de 4° año.

Por otro lado, los grupos de estudiantes que presentan mayor frecuencia en consumo de tabaco, es decir aquellos estudiantes que consumen de 2 veces a la semana a todos los días, son los que cursan 5° año, con un 33% de su población dentro de esta categoría. Le sigue los de 1° año con un 29%, los de 3° año con un 27% y los de 6° o más años con un 23%. Los grupos que presentan menor porcentaje dentro de esta categoría, son los estudiantes que se encuentran en 4° y 2° año con un 14% y 15% respectivamente.

Cantidad de consumo de tabaco según años en la universidad.

Tabla 48.

Categorías	1 año		2 años		3 años		4 años		5 años		6 a 10 años	
	Preg 1	Preg 2	Preg 1	Preg 2	Preg 1	Preg 2	Preg 1	Preg 2	Preg 1	Preg 2	Preg 1	Preg 2
1 a 2 cigarrillos	35,3	8,6	42,1	5	52,4	23,8	60	30	46,7	26,7	33,3	25
3 a 4 cigarrillos	26,5	5,7	26,3	3	38,1	33,3	20	30	20,0	20,0	16,7	0
5 a 6 cigarrillos	17,6	20	15,8	4	9,5	14,3	0	0	13,3	6,7	33,3	8,3
7 a 8 cigarrillos	8,8	11,4	15,8	1	0	9,5	10	0	6,7	0	8,3	16,7
9 a 10 cigarrillos	8,8	25,7	0	3	0	14,3	0	10	6,7	0	0	41,7
11 a 12 cigarrillos	2,9	25,7	0	3	0	4,8	10	30	6,7	46,7	8,3	8,3

En la tabla 48 se puede observar que, de los consumidores de tabaco, los estudiantes que cursan 3º año en la universidad son los que presentan menor cantidad de consumo, dado que un 90% de su población consume de 1 a 4 cigarrillos; esto baja un 57% cuando se encuentran con amigos. Luego se encuentran los estudiantes de 4º año, con un 80% de población dentro de la categoría de 1 a 4 cigarrillos, este porcentaje también tiende a bajar al consumir con amigos a un 60%.

Por otro lado, los que presentan mayor población dentro de la categoría de 7 a 12 cigarrillos, en la pregunta de situación social, son los de 6º a más años en la universidad, con un 67% de la población dentro de esta categoría, seguido por los estudiantes que se encuentran en su 1º año con un 63%.

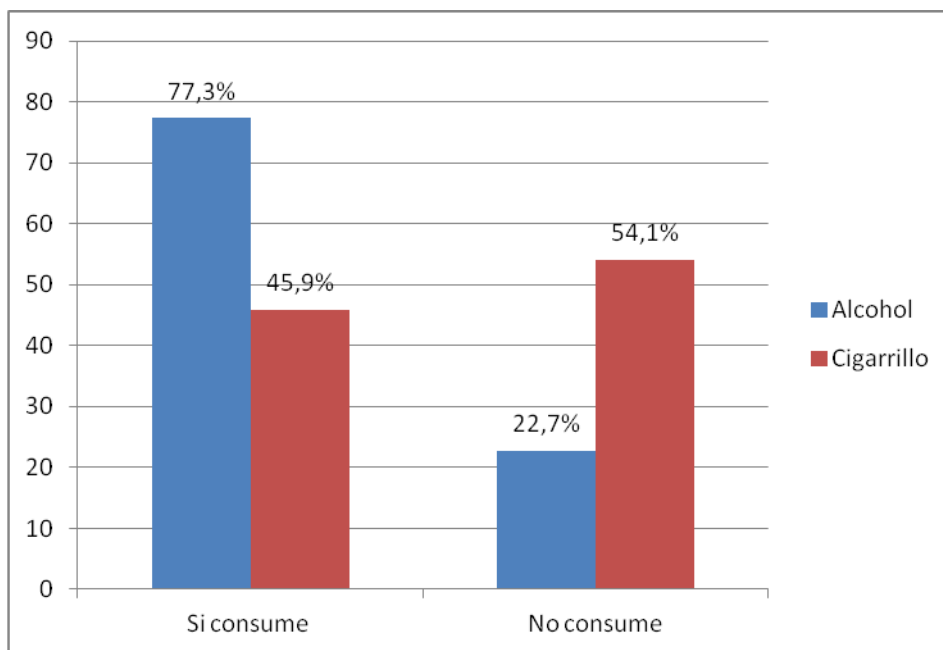
Además, los estudiantes que presentan menor porcentaje de población fumadora dentro de ésta categoría, son los de 2º y 3º año, obteniendo un 7% y un 29% respectivamente.

Por último, cabe mencionar, que la cantidad de consumo de cigarrillo tiende a aumentar considerablemente cuando se comparte con amigos.

V.3.3 Diferencias entre consumo de alcohol y tabaco en población universitaria.

De las personas que consumen dichas sustancias:

Gráfico 22.



Al apreciar el gráfico 22, se observa que, un 77,3%, de los estudiantes universitarios consume alguna bebida alcohólica, mientras que un 45,9% consume cigarrillo. Como se puede apreciar, existe un porcentaje menor de universitarios que consume tabaco, mientras que más de la mitad de la muestra reconoce consumir alcohol.

V.4 Correlaciones de variables.

A continuación, se presentan las correlaciones de las variables autoeficacia general y alcohol – autoeficacia general y tabaco, donde se incluye un análisis por sexo.

V.4.1 Autoeficacia general y consumo de alcohol en población universitaria.

Tabla 49.

Correlación autoeficacia general y consumo de alcohol:

		Autoeficacia	Cantidad 2	Cantidad 3	Alcohol
Autoeficacia	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	1			
Cantidad2	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	-,077 ,149	1		
Cantidad3	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	-,168(*) ,011	,797(**) ,000	1	
Alcohol	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	-,131(*) ,036	,942(**) ,000	,954(**) ,000	1

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

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

La correlación entre autoeficacia general y consumo de alcohol (preg.2) en población universitaria es negativa no significativa ($r: ,077$) al 0,01. Es decir, no existe una relación directa entre estas dos variables.

La correlación entre autoeficacia general y consumo de alcohol (preg.3) en población universitaria es débil negativa ($r: -,168$) no significativa al 0,01.

La correlación entre autoeficacia general y consumo de alcohol en población universitaria es débil negativa ($r: -,131$) no significativa al 0,01.

V.4.1.1 Autoeficacia general y consumo de alcohol según sexo:

Tabla 50.

Correlación autoeficacia general y alcohol en mujeres:

		Autoeficacia	Cantidad 2	Cantidad 3	Alcohol
Autoeficacia	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	1			
Cantidad2	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	-,090 ,178	1		
Cantidad3	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	-,082 ,202	,537(**) ,000	1	
Alcohol	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	-,098 ,159	,858(**) ,000	,894(**) ,000	1

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

La correlación entre autoeficacia general y consumo de alcohol (preg.2) en mujeres universitarias es negativa no significativa (r : -,090) al 0,01. Es decir, no existe una relación directa entre estas dos variables.

La correlación entre autoeficacia general y consumo de alcohol (preg.3) en mujeres universitarias es negativa no significativa (r : -,082) al 0,01. Es decir, no existe una relación directa entre estas dos variables.

La correlación entre autoeficacia general y consumo de alcohol en mujeres universitarias es negativa (r : -,098) no significativa al 0,01. Es decir, no existe una relación directa entre estas dos variables.

Tabla 51.

Correlación autoeficacia general y alcohol en hombres:

		Autoeficacia	Cantidad 2	Cantidad 3	Alcohol
Autoeficacia	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	1			
Cantidad2	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	-,085 ,226	1		
Cantidad3	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	-,112 ,160	,870(**) ,000	1	
Alcohol	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	-,102 ,182	,964(**) ,000	,970(**) ,000	1

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

La correlación entre autoeficacia general y consumo de alcohol (preg.2) en hombres universitarias es negativa no significativa (r : -,085) al 0,01. Es decir, no existe una relación directa entre estas dos variables.

La correlación entre autoeficacia general y consumo de alcohol (preg.3) en hombres universitarios es débil, negativa no significativa (r : -,112) al 0,01.

La correlación entre autoeficacia general y consumo de alcohol en hombres universitarios es débil, negativa (r : -,112) no significativa al 0,01.

V.4.2 Autoeficacia general y consumo de tabaco en población universitaria.

Tabla 52.

Correlación autoeficacia general y consumo de tabaco:

		Autoeficacia	Cantidad 2	Cantidad 3	Cigarrillo
Autoeficacia	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	1			
Cantidad2	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	,045 ,321	1		
Cantidad3	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	-,095 ,161	,616(**) ,000	1	
Cigarrillo	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	-,041 ,336	,861(**) ,000	,931(**) ,000	1

** La correlación es significante al nivel 0,01 (unilateral).

La correlación entre autoeficacia general y consumo de tabaco (preg.2) en población universitaria es positiva no significativa (r : ,045) al 0,01. Es decir, no existe una relación directa entre estas dos variables.

La correlación entre autoeficacia general y consumo de tabaco (preg.3) en población universitaria es negativa no significativa (r : -,095) al 0,01.

La correlación entre autoeficacia general y consumo de tabaco en población universitaria es negativa (r : -,041) no significativa al 0,01.

V.4.2.1 Autoeficacia general y consumo de tabaco por sexo:

Tabla 53.

Correlación autoeficacia general y tabaco en mujeres:

		Autoeficacia	Cantidad 2	Cantidad 3	Cigarrillo
Autoeficacia	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	1			
Cantidad2	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	-,043 ,361	1		
Cantidad3	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	-,156 ,100	,632(**) ,000	1	
Cigarrillo	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	-,122 ,159	,860(**) ,000	,939(**) ,000	1

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

La correlación entre autoeficacia general y consumo de tabaco (preg.2) en mujeres universitarias es positiva no significativa (r : -,043) al 0,01. Es decir, no existe una relación directa entre estas dos variables.

La correlación entre autoeficacia general y consumo de tabaco (preg.3) en mujeres universitarias es débil, negativa no significativa (r : -,156) al 0,01.

La correlación entre autoeficacia general y consumo de tabaco en mujeres universitarias es débil, negativa (r : -,122) no significativa al 0,01.

Tabla 54.

Correlación autoeficacia general y tabaco en hombres:

		Autoeficacia	Cantidad 2	Cantidad 3	Cigarrillo
Autoeficacia	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	1			
Cantidad2	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	,184 ,121	1		
Cantidad3	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	,002 ,494	,601(**) ,000	1	
Cigarrillo	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	,091 ,283	,864(**) ,000	,922(**) ,000	1

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

La correlación entre autoeficacia general y consumo de tabaco (preg.2) en hombres universitarios es positiva no significativa (r : ,184) al 0,01. Es decir, no existe una relación directa entre estas dos variables.

La correlación entre autoeficacia general y consumo de tabaco (preg.3) en hombres universitarios es negativa no significativa (r : ,002) al 0,01.

La correlación entre autoeficacia general y consumo de tabaco en hombres universitarios es negativa no significativa (r : ,091) al 0,01.

Las correlaciones por componentes de la Escala de Autoeficacia General para Universitarios y consumo de alcohol y tabaco se encuentran en el anexo n°8.

VI. CONCLUSIONES.

A partir de los resultados de esta investigación, es posible obtener algunas conclusiones generales:

En relación al primer objetivo, se puede concluir que la autoeficacia general en universitarios de la ciudad de Chillán, entendida como la percepción que éstos tienen acerca de su propia capacidad para desenvolverse en diversos ámbitos, presenta en promedio un nivel alto. Por ende, la autoeficacia general se plantea como factor protector en la población universitaria de Chillán, incorporando bases empíricas para futuras acciones preventivas en ámbito clínico y psicoterapéutico, debido a que este constructo se ha correlacionado positivamente con optimismo, autoestima, autorregulación, calidad de vida, afectos positivos, personalidad resistente, afrontamiento, satisfacción en el ámbito educacional y laboral. Por otro lado, se correlaciona negativamente con depresión y ansiedad (Schwarzer y cols., 1997; 2005 en Cid y cols., 2010).

El alto nivel de autoeficacia presente en esta población, podría deberse a que estudiar en la universidad, culturalmente se concibe como una situación privilegiada y de status dentro de la sociedad occidental, diseñada para el pensamiento avanzado y la exposición de los sujetos a ideas y personas nuevas, por lo que pertenecer a esta institución se considera de gran relevancia para el desarrollo personal y la integración a la sociedad (Berger, 2009; Maier, 1969). Por lo anterior, los jóvenes universitarios se encuentran en una etapa de constantes desafíos y a medida que los van superando, se sienten más habilitados para entrar al mundo laboral.

De esta manera el pensamiento dialéctico que poseen los jóvenes en esta etapa, hace posible la toma de conciencia de forma continua de las ventajas y desventajas, las posibilidades y limitaciones, lo que a su vez, permite que tengan mayores herramientas para enfrentar las exigencias que implica la universidad y configurar su percepción de eficacia (Berger, 2009).

Al analizar cómo se presenta esta variable por sexo, se advierte que no hay una diferencia significativa, sin embargo, es importante destacar que son las mujeres las que presentan una mayor frecuencia del nivel “muy alto” de autoeficacia general, obteniendo un 30% frente a un 26% de los hombres en la misma categoría.

La escasa diferencia entre el nivel de autoeficacia general entre sexos se puede atribuir a que, según Bandura (1987), las experiencias pasadas componen la fuente de adquisición de autoeficacia de mayor importancia, por lo que las personas configuran su autoeficacia dependiendo de los propios logros, de la relevancia que le atribuyan a éstos y de los resultados adquiridos, es decir a experiencias personales y no a diferencias segmentadas entre sexos.

En relación al consumo de tabaco y alcohol, se puede apreciar que el porcentaje de consumo de la población universitaria no coincide con los índices de consumo de los estudios realizados en el país, dado que según CONACE (2008), la población etárea entre 19 y 25 años presenta un 51% y un 60,8%, de consumo de cigarrillo y alcohol respectivamente, al menos una vez al mes.

En cambio, la presente investigación arroja como resultado que un 45,9% de la población universitaria consume cigarrillo y sólo el 40% consume cigarrillo por lo menos una vez al mes, lo que muestra una tendencia a la disminución del consumo de esta droga en la población universitaria de Chillán, en comparación a estudios anteriores (CONACE, 2008).

Respecto a la diferencia de resultados con estudios anteriores, se puede atribuir la puesta en práctica de leyes gubernamentales actuales, como la prohibición de publicidad, el control de contrabando, las advertencias de salud que aparecen en las cajetillas de cigarro, además del aumento al impuesto, redundando en valores a los cuales los universitarios tendrían menor acceso debido a su limitado poder adquisitivo (CONACE, 2008). Por lo tanto, la menor posibilidad de acceso a éste por parte de los estudiantes universitarios, incide también en un menor consumo, además de la toma de conciencia del daño que provoca el tabaco, ampliamente difundido por el gobierno y sus instituciones.

Profundizando en el consumo de tabaco, se incorpora información sobre las características de éste en la población universitaria. Se destaca la baja cantidad de unidades de cigarrillos que consumen en “una ocasión no planificada”, presentando en promedio de 1 a 2 cigarrillos. Esta tendencia cambia cuando se les pregunta la cantidad de consumo con amigos, presentando un aumento en su nivel, dado que el promedio de la población responde que en esta circunstancia, consume de 5 a 6 unidades de cigarrillos, donde también hay un 40,5% que dice consumir de 9 a 12 cigarrillos en un día.

Al analizar los resultados obtenidos por sexo, un 49,3% de la población femenina reporta consumir cigarrillos, presentando un consumo de 3 a 4 cigarrillos en una ocasión no planificada y aumentando en situaciones sociales, donde la cantidad de consumo incrementa de 7 a 8 cigarrillos promedio; a pesar de esto, se puede apreciar que en esta pregunta hay un 18,8% de la población que consume 1 a 2 cigarrillos y un 20% que consume de 11 a 12 cigarrillos, por ende hay una polarización hacia los extremos, lo que implica que existiría un grupo de fumadores más influenciados a la presión social.

Por otro lado, el 41,2% de los hombres consume cigarrillos y, al preguntar la cantidad de consumo en una ocasión no planificada, arroja un promedio de 3 a 4 cigarrillos, en cambio en situaciones sociales con amigos el consumo aumenta de 7 a 8 cigarrillos. En esta pregunta se polarizan los resultados, dado que un 23,8% responde que consume de 1 a 2 cigarrillos y un 23,8% responde que consume de 11 a 12 cigarrillos.

Respecto al consumo en situación social y a la polarización de los resultados, pudiera ser que, dependiendo del grado de adicción de la persona fumadora, se consuma en mayor cantidad por influencia social y por una tendencia a la adicción de esta droga.

Por lo tanto, se puede apreciar que el consumo de cigarrillo se encuentra disminuido en comparación a estudios anteriores del CONACE (2008), y que la población que consume presenta una cantidad promedio de 3 a 4 cigarrillos, pero que en situaciones sociales aumenta de 7 a 8. En relación a la diferencia entre sexo, se aprecia que son las mujeres las que presentan mayor consumo respecto a la población general y también son éstas las que consumen mayor cantidad. La diferencia de consumo es de 8% en

comparación con los hombres. Esta diferencia va acorde con la tendencia que muestra el CONACE (2008) acerca del consumo de tabaco de la mujer, el cual va en aumento progresivo.

En relación al alcohol, el consumo se encuentra aumentado, ya que un 77,3% de la población universitaria encuestada reporta consumir algún tipo de bebida alcohólica, pero al profundizar, sólo el 59,8% corresponde a la población que consume por lo menos una vez al mes, por lo tanto se puede apreciar que el resultado coincide con los datos entregados por el CONACE (2008).

Al revisar el consumo de alcohol por sexo, los hombres representan un 79,4% de la población que reporta consumir alcohol, donde el 65,7% consume por lo menos una vez al mes. El porcentaje de la población que bebe alcohol, se caracteriza por consumir en ocasiones no planificadas, en promedio 3 a 4 vasos y en situaciones sociales con amigos en promedio de 5 a 6 vasos de bebidas alcohólicas.

Las mujeres representan un 75,7% de esta población consumidora de alcohol y un 55,7% reconoce consumir por lo menos una vez al mes. El porcentaje de la población que bebe alcohol se caracteriza por consumir en una situación no planificada en promedio de 2 a 3 vasos de bebidas alcohólicas, al igual que en situaciones sociales con amigos.

Dado los resultados, persiste un alto porcentaje de consumo de alcohol en la población universitaria, siendo los hombres los que reportan mayor porcentaje y mayor cantidad de consumo, donde un 12,4% de la población masculina consume de 9 a 12 vasos de bebidas alcohólicas cuando se encuentra en una situación social con amigos. Estos resultados coinciden con el estudio del SENDA (2011), donde se midió consumo de riesgo mediante el instrumento AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test), mostrando una tendencia general de mayor consumo en hombres que en mujeres, ya que según resultados en población general, los hombres presentan un 9,2% de consumo de riesgo, mientras que las mujeres presentan un 4,3% en esta categoría.

Caracterizados ambos tópicos investigados, se dió paso a indagar la existencia de correlación negativa entre autoeficacia general y consumo de alcohol y tabaco. Esta hipótesis fue desestimada, dado que según el análisis estadístico no hay relación entre estas variables, contrarrestando algunos estudios realizados como el de Olivari y Barra (2005) efectuado en la ciudad de Concepción, donde se correlaciona autoeficacia general y consumo de tabaco en población adolescente, obteniendo correlación media en mujeres (0.30). También se desestima el estudio realizado por Sosa (2003), donde daba cuenta de una correlación negativa significativa entre autoeficacia general y consumo de alcohol en profesionales de la salud. Esto podría deberse a que el grupo etéreo al que pertenecen los trabajadores, otorga mayor importancia a los procesos autorreflexivos, a diferencia de los estudiantes universitarios, los cuales están insertos en un “estilo de vida universitario” con características propias de consumo de sustancias y conductas riesgosas, además de hitos normativos donde la influencia social cobra mayor relevancia.

Por ende, la variable autoeficacia general no contribuye, según nuestros datos, a establecer relaciones con el consumo de drogas en la población universitaria. Estos resultados van en contra de nuestra hipótesis correlacional, ya que se esperaba que dicha variable pudiera predecir el uso de estas drogas, aunque destacamos que van en la línea de los obtenidos por otros autores como Dowd y cols. (1986 en López-Torrecillas, 2003), donde se afirma que no existe relación entre la autoeficacia y el consumo de alcohol.

Dada la revisión bibliográfica de la variable autoeficacia, donde se estudia el inicio del consumo de drogas o de conductas riesgosas para la salud (Pérez y cols., 2001 en Olivari y Barra, 2005), se plantea que la creencia de ser capaz de consumir alcohol o tabaco influye en el inicio del consumo y en el resultado del tratamiento de adicciones (Bandura 1977, 1982, 1986, 1995 en López-Torrecillas y cols., 2002).

Quizás dicha variable esté mayormente relacionada con otras etapas del consumo de drogas, como puede ser el tratamiento o el mantenimiento de la abstinencia. Esta idea se halla en consonancia con los resultados obtenidos por Rist y Watzl (1983 en López-Torrecillas, 2003), quienes afirman que las puntuaciones altas en autoeficacia están asociadas a la convicción por parte de los sujetos de sentirse capaces de mantener la

abstinencia en el momento de iniciar el tratamiento, lo que se encuentra apoyado por Hays y Ellickson (1990 en López-Torrecillas, 2003), quienes afirman que las puntuaciones altas en autoeficacia están relacionadas con conductas de abstinencia con sujetos que presentan cronicidad en el consumo.

Por lo anteriormente planteado, se puede concluir que la variable autoeficacia general no presenta peso estadísticamente significativo al momento de controlar la cantidad de consumo de alcohol y tabaco, por lo tanto, se especula la presencia de otras variables al momento de consumir dichas drogas, las cuales pueden presentar mayor incidencia al momento de consumir en la población universitaria.

En esta misma línea, las autoras consideran que una de las variables que pudieran presentar mayor impacto en la utilización de estas drogas, es el “estilo de vida universitario”, el cual está socioculturalmente aceptado y validado dentro de éste ámbito como una característica que se inicia generalmente en la etapa adolescente (Olivari y Barra, 2005).

Según Vázquez (2004 en CONACE, 2008) al ingresar a la universidad los jóvenes se ven expuestos a una cultura universitaria, la cual está compuesta por códigos y características propias, dentro de las cuales se encontraría el consumo de sustancias, por lo que el uso de drogas estaría significado como parte del contexto universitario y del estatus de estudiante universitario.

En este sentido, estilo de vida es definido como un conjunto de pautas y hábitos que son cotidianos y demuestran cierta consistencia en el tiempo, bajo condiciones más o menos constantes y que se constituyen en factores de riesgo o de protección para la salud; entendiendo que el “estilo de vida universitario” incluye comportamientos propios del consumo, tales como el modo de empleo de la droga y frecuencia con que se usa, el manejo de los efectos del consumo tanto a nivel personal como social, contexto donde se presenta el hábito, personas con las cuales se comparte, etc. (Salazar y Arrivillaga, 2004).

Por lo tanto, se podría interpretar que es ésta variable la que presenta mayor influencia al momento de consumir, posiblemente por la presión social, tomando en cuenta que según los resultados descriptivos se consume mayor cantidad de cigarrillo y alcohol cuando se comparte con amigos que en una ocasión cualquiera no planificada. Además, dentro del “estilo de vida universitario”, sería de relevancia considerar las atribuciones dadas al consumo de éstas drogas y a las expectativas de los resultados que conlleva el consumo de éstas, como la creencia de estar más relajado, de socializar con pares, mejorar las relaciones sexuales y de acrecentar diversos ámbitos de actuación de las personas que consumen (López-Torrecillas, Peralta, Muñoz y Godoy, 2003).

Por otra parte, y a partir de los estudios de CONACE (2008) en nuestro país, se puede apreciar que la primera categoría estudiada para el consumo de tabaco y alcohol va desde los 12 a los 18 años, con un 26,1% y un 27,2% de consumo respectivamente para el año 2008, alcanzando el máximo puntaje para tabaco de 29,6% en el año 2000, y para alcohol de 35,5% en el año 2002. Es por ésto que se podría argumentar que, tanto para el consumo de tabaco como de alcohol, corresponde a un hábito ya instalado previo al ingreso a la universidad, por lo que el mencionado “estilo de vida universitario”, acentuaría dicho consumo.

Por otro lado, en el ámbito de las políticas públicas y/o gubernamentales, el presente estudio adquiere relevancia al caracterizar cuantitativamente la autoeficacia general y el consumo de tabaco y alcohol en universitarios, lo que permite visibilizar, por un lado, el alto nivel de autoeficacia general presente en los universitarios de Chillán, lo que se convierte en factor protector frente a variables intervinientes tanto en salud mental como física, por lo cual sería interesante seguir investigando la posible relación de éste constructo con otras variables en estudiantes universitarios, como la autoestima, las conductas relacionadas con la prevención en salud, el aprendizaje y la motivación hacia el estudio, entre otros.

Además, caracterizar el consumo de drogas lícitas en universitarios de Chillán, adquiere relevancia al visibilizar y problematizar esta realidad para implementar futuras medidas en relación al consumo de éstas. Sobresale la importancia de intervenir en el

consumo de alcohol debido a la alta cantidad y frecuencia de éste en la población estudiada, lo que pudiera estar influido por la carencia de proyectos de leyes atingentes a la realidad actual, en comparación con el tabaco, el cual se ha visto disminuido en estudios de CONACE 2004-2008, coincidiendo con los resultados de la presente investigación. En este tópico, se podría hipotetizar la incidencia del diseño de la publicidad gubernamental para la prevención de tabaco y alcohol en la población chilena, donde se pone énfasis en las consecuencias para la salud a corto y mediano plazo para el tabaco, mientras que para el alcohol, la prevención se centra mayormente en publicidad acerca de consecuencias a largo plazo, como es la muerte en accidentes de tránsito en épocas festivas, como año nuevo, fiestas patrias, navidad, entre otras. Por lo anterior, los jóvenes tenderían a subestimar las consecuencias inmediatas del consumo de alcohol, como lo son las graves consecuencias para la salud, por ejemplo daño hepático, intoxicaciones, alteraciones en el sistema nervioso central, pérdida de memoria, entre otras (CONACE, 2008).

En consecuencia, la población tanto nacional como local, requiere de mayor concientización acerca del daño que provoca el exceso de consumo de alcohol a corto y mediano plazo, además de que las intervenciones se desarrollen con mayor periodicidad en el tiempo.

La presente investigación no estuvo exenta de limitaciones y dificultades, pues consideramos relevante visibilizarlas para una mejor comprensión de los resultados del presente estudio y para futuras investigaciones que abarquen esta línea investigativa. Algunas de las limitaciones que se advirtieron, son el mínimo control o medición de la deseabilidad social al momento de responder los cuestionarios, como también las creencias religiosas de una parte de la población estudiada, lo que condiciona las respuestas y el actuar de dichas personas. Al respecto, se sugiere agregar alguna pregunta sobre creencia y credo religioso, ya que según Neckelmann (2009), la religión protege directa e indirectamente frente al consumo de sustancias, pero este mecanismo depende del tipo de sustancia, de la intensidad del consumo, de la religión de la que se trate y de la intensidad de la religiosidad.

Además, se sugiere incluir un apartado sobre consumo ante la presión social de pares, ya que según Gil-Lacruz (2009) y Donovan (2004 en Albarracín y Muñoz, 2008), cuanto mayor sea el porcentaje de amigos del círculo social que consumen drogas, mayor es la probabilidad de que la persona involucrada lo haga, puesto que amigos, parejas y grupos pequeños se convierten en una influencia dominante que determina el consumo de sustancias, aspecto que se encuentra plasmado y validado en la presente investigación al comparar las respuestas de las preguntas de consumo en situaciones no planificadas y consumo en situaciones sociales con amigos.

Sería relevante para futuras investigaciones, el poder caracterizar el consumo de tabaco y alcohol de forma cualitativa, pudiendo complementar y profundizar en los factores personales de la experiencia en el mantenimiento del consumo en estudiantes universitarios.

Finalmente, podemos mencionar que el constructo autoeficacia general es complejo de medir cuantitativamente, dadas las variables autoreflexivas y subjetivas como la autoestima y/o sociales como la asertividad, que pudieran intervenir en la medición de este concepto.

Dados los resultados obtenidos, la autoeficacia general no se relaciona de forma directa con el consumo de drogas lícitas en la etapa universitaria, por lo que se plantea la existencia de otras variables que presentan mayor incidencia en el control del consumo. Se sugiere la necesidad de seguir investigando esta variable en áreas específicas del consumo, o indagar otras variables que incidan en éste dada su relevancia nacional y local.

VII. REFERENCIAS

- Albarracín, M. y Muñoz, L. (2008). Factores asociados al consumo de alcohol en estudiantes de los dos primeros años de carrera universitaria. Colombia: Pontificia Universidad Javeriana. Revisado el 17 de octubre de 2011 en http://www.revistaliberabit.com/libarabit14/marcela_albarracin_liliana_munos49-62.pdf
- Ardila, M. y Herrán, O. (2008). Expectativas en el consumo de alcohol en Bucaramanga. Colombia. Universidad Industrial de Santander. Scielo. Revisado el 25 de noviembre de 2010 en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872008000100009
- Atencia, J. (1991). Positivismo y Neopositivismo. Logos: anales del seminario de metafísica, págs. 143-154. Revisado el 15 de diciembre de 2010 en <http://revistas.ucm.es/fsl/15756866/articulos/ASEM9191110143A.PDF>
- Avendaño, M., Brevis, A., Gálvez, S., Jara, N., Oyarzún, S., Rodríguez, M. (2005). Proceso de adaptación a la vida universitaria de estudiantes de pedagogía general básica: El caso de jóvenes procedentes de sectores rural-urbanos de la octava, novena y décima regiones. Temuco: Universidad Católica de Temuco. Revisado el 17 de enero de 2012 en <http://biblioteca.uct.cl/tesis/maria-avendano-alejandra-brevis-sara-galvez-noemy-jara-silvia-oyarzun-maria-rodriguez/tesis.pdf>
- Avendaño, M. y Barra, E. (2008). Autoeficacia, apoyo social y calidad de vida en adolescentes con enfermedades crónicas. Chile: Universidad de Concepción. Scielo. Revisado el 2 de junio de 2011 en <http://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v26n2/art02.pdf>
- Bandura, A. (1987). Pensamiento y acción. Fundamentos sociales. Barcelona: Ediciones Martínez Roca S.A.

- Bandura, A. (2001). Guía para la construcción de escalas de autoeficacia. Estados Unidos: Universidad de Stanford. Revisado el 13 de junio de 2011 en <http://des.emory.edu/mfp/effguideSpanish.html>
- Becerra, C., Muñoz, A., Vásquez, N. (2003). Estudio descriptivo de la prevalencia del consumo de alcohol y drogas ilícitas de los estudiantes de la Universidad del Bío-Bío, campus Chillán. Chile: Universidad del Bío-Bío.
- Berguer, K. (2009). Psicología del desarrollo: adultez y vejez. España: Editorial Médica Panamericana.
- Bianco, E. (2003). La adicción al consumo de tabaco. Comisión para el control del tabaco del sindicato médico de Uruguay. Revisado el 18 de enero de 2012 en <http://www.fac.org.ar/fic/simp03/llave/c03/bianco.htm>
- Brenlla, M., Aranguren, M., Rossaro, M., Vásquez, N. (2010). Adaptación para Buenos Aires de la escala de autoeficacia General. Centro Interamericano de Investigaciones Psicológicas y Ciencias afines. Argentina. Interdisciplinaria, Vol. 27, N°1. Revisado el 13 de noviembre de 2010 en <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/180/18014748006.pdf>
- Bunge, M. (2005). La ciencia: su método y su filosofía. Buenos Aires: Debolsillo.
- Cabanach, R., Valle, A., Rodríguez, S., Piñeiro, I., González, P. (2010). Las creencias motivacionales como factor protector del estrés en estudiantes universitarios. España: Universidad de Coruña. Revisado el 28 de abril de 2011 en <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1293/129313736006.pdf>

- Cáceres, D., Salazar, I., Varela, M., Tovar, J. (2006). Consumo de drogas en jóvenes universitarios y su relación de riesgo y protección con los factores psicosociales. Colombia: Pontificia Universidad Católica Javeriana.
Revisado el 19 de enero de 2012 en http://sparta.javeriana.edu.co/psicologia/publicaciones/actualizarrevista/archivos/V5_N306_consumodrogas.pdf
- Campo-Arias, A. y Oviedo, H. (2008). Propiedades psicométricas de una escala: la consistencia interna. Rev. Salud pública, 10 (5), pp. 831-839.
- Ces, A., García, A., Veraza, M. (2001). El consumo de alcohol en establecimientos ubicados dentro de establecimientos universitarios. Estudio comparado en Madrid y Galicia. Universidades de Madrid y Galicia. Revisado el 23 de diciembre en <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/JuventudDrogodependencias3.pdf>
- Chalmers, A. (2000). ¿Qué es esa cosa llamada ciencia?. México: Siglo Veintiuno.
- Chicharro, J., Pedrero, J., Pérez, M. (2007). Autoeficacia para resistir el consumo de sustancias como predictora de resultados de tratamiento y su relación con la variable de personalidad: Estudio de una muestra de adictos con el DTCQ, el VIP y el MCMI-II. Instituto de adicciones de la ciudad de Madrid. Revisado el 19 de enero de 2012 en http://www.adicciones.es/ficha_art_new.php?art=555
- Cid, P., Orellana., Barriga, M. (2010). Validación de la escala de autoeficacia general en Chile. Chile: Universidad de Concepción. Rev. Med. Revisado el 13 de noviembre de 2010 en http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872010000500004&script=sci_arttext
- CONACE. (2008). Construyendo contextos preventivos en educación superior: Gobierno de Chile.

- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes CONACE. (2010). Consumo de drogas en Chile de 19 a 25 años desde 1994 al 2008. Revisado el 15 de noviembre de 2010 en http://www.conacedrogas.cl/portal/index.php?option=com_content&view=article&id=256&Itemid=397
- Cornachione, M. (2006). Adulthood: biological, psychological and social aspects. Argentina: Editorial Las Brujas.
- Cornejo, M. (1996). Caracterización juvenil de los estudiantes universitarios de la zona centro sur de Chile. Talca: Universidad Católica del Maule.
- Clark-Carter, D. (2002). Investigación cuantitativa en Psicología. México: Oxford.
- Chiang, M., Nuñez, A., Huerta, P. (2005). Efecto del clima organizacional en la autoeficacia de los docentes de instituciones de educación superior. Chile: Horizontes Empresariales.
- Erikson, E. (1970). Infancia y sociedad. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Franca-Tarragó, O. (2001). Ética para Psicólogos: Introducción a la Psicoética. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- García, E., Lima, G., Aldana, L., Casanova, P., Feliciano, V. (2004). Alcoholismo y sociedad, tendencias actuales. Revista cubana Med. Milit. Revisado el 25 de noviembre de 2010 en http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol33_3_04/mil07304.htm
- Gaspar, C. y Martínez, K. (2008). Situaciones de consumo, afrontamiento y autoeficacia en relación con las recaídas en adolescentes consumidores de alcohol. México: Investigación y ciencia de la Universidad Autónoma de Aguascalientes. Revisado el 8 de diciembre de 2010 en <http://www.uaa.mx/investigacion/revista/archivo/revista41/Articulo%207.pdf>

- Gil-Lacruz, A. (2009). El consumo de tabaco del adolescente y de las personas que le rodean. España: Universidad Autónoma de Madrid. Revisado el 22 de diciembre de 2011 en http://proyectosocial.unizar.es/n13/N13_02.pdf
- Godoy, D., Godoy, J., López-Chicheri, I., Martínez, A., Gutiérrez, S., Vázquez, L. (2008). Propiedades psicométricas de la escala de autoeficacia para el afrontamiento del estrés. México: Universidad de Granada. Psicothema. Revisado el 19 de noviembre de 2010 en <http://www.psicothema.com/pdf/3442.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C., Baptista, P. (2006). Metodología de la investigación. México: McGraw-Hill.
- Kerlinger, F. y Lee, H. (2002). Investigación del comportamiento. México: McGraw-Hill.
- López-Torrecillas, F., Del Mar, M., Verdejo, A., Cobo, P. (2002). Autoeficacia y consumo de drogas: una revisión. España: Universidad de Granada. Psicopatología clínica, legal y forense, Vol. 2, N°1. Revisado el 14 de noviembre de 2010 en <http://www.masterforense.com/pdf/2002/2002art3.pdf>
- López-Torrecillas, F., Peralta, I., Muñoz, M., Godoy, J. (2003). Autocontrol y consumo de drogas. España: Universidad de Granada. Revisado el 15 de noviembre de 2011 en <http://www.adicciones.es/files/03-Autocontrol%20y%20consumo.pdf>
- Lozano, I. (2001). Autoeficacia y beneficios percibidos en el consumo de alcohol en trabajadores universitarios. México: Universidad Autónoma de Nuevo León. Revisado el 15 de noviembre de 2010 en <http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1080093852.pdf>

- Maier, H. (1969). Tres teorías sobre el desarrollo del niño: Erikson, Piaget y Sears. Buenos Aires: Amorrurto editores.
- Martínez, R., Pedrão, L., Alonso, M., López, K., Oliva, N. (2008). Autoestima, autoeficacia percibida, consumo de tabaco y alcohol en estudiantes de educación secundaria de área urbana y rural de Monterrey. México: Universidad de Nueva León. Scielo. Revisado el 16 de noviembre de 2010 en http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16nspe/es_18.pdf
- Mayor, L. (2008). Estrategias metacognitivas en la intervención del tabaquismo. España: Universidad Complutense de Madrid. Revisado el 20 de noviembre de 2010 en <http://eprints.ucm.es/9888/1/T31531.pdf>
- Melo, D. y Castanheira, L. (2010). Autoeficacia y actitud hacia el consumo de drogas en la infancia: explorando conceptos. Scielo. Revisado el 16 de noviembre de 2010 en <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18nspe/a24v18nspe.pdf>
- Ministerio de Salud. (2010). Programa nacional de ambientes libres de humo de tabaco. Gobierno de Chile. Revisado el 16 de noviembre de 2010 en http://www.redsalud.gov.cl/temas_salud/tabaco7.html
- Neckelmann, M. (2009). El efecto protector de la religión frente al consumo de alcohol y drogas en adolescentes chilenos. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile. Revisado el 15 de diciembre de 2011 en http://www.uc.cl/sociologia/milenio/download/tesis_maureen_neckelmann.pdf
- Olivari, C. y Barra, E. (2005). Influencia de la autoeficacia y la autoestima en la conducta de fumar de los adolescentes. Concepción: Universidad de Concepción.
- Olivari, C. y Urra, E. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. Concepción. Ciencia y enfermería, Vol. 13, N°1. Scielo. Revisado el 16 de noviembre de 2010 en http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S071795532007000100002&script=sci_arttext

- Organización Mundial de la Salud. (2010). Diez datos sobre el tabaquismo y epidemia mundial del tabaco. Revisado el 22 de noviembre de 2010 en http://www.who.int/features/factfiles/tobacco_epidemic/es/index.html
- Organización Panamericana de la Salud. (2010). Tabaco en Chile. Revisado el 17 de noviembre de 2010 en http://new.paho.org/chi/index.php?option=com_content&task=view&id=173&Itemid=259
- Papalia, D., Wendkos, S., Duskin, R. (2005). Psicología del desarrollo: de la infancia a la adolescencia. Bogotá: McGraw-Hill.
- Polaino, A., Cabanyes, J., Del Pozo, A. (2003). Fundamentos de psicología de la personalidad. Madrid: Ediciones Ralp S.A.
- Pourtois, J. y Desmet, H. (1992). Epistemología e instrumentación en ciencias humanas. Barcelona: Herder S.A.
- Principios Éticos de los Psicólogos y Código de Conducta American Psychological Association. (2003). Argentina: Universidad de Buenos Aires.
- Ramírez, M. y Canto, J. (2007). Desarrollo y evaluación de una escala de autoeficacia en la elección de carrera en estudiantes mexicanos. México: Universidad Autónoma de Yucatán. Revista electrónica de investigación psicoeducativa. Revisado el 9 de junio de 2011 en http://www.investigacionpsicopedagogica.org/revista/articulos/11/espannol/Art_11_163.pdf
- Reséndiz, E. (2004). Autoeficacia percibida y consumo de alcohol en trabajadores de la industria petroquímica. México: Universidad Autónoma de Nuevo León. Revisado el 17 de noviembre de 2010 en <http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1020149997.pdf>

- Ríos, M., Sánchez, J., Godoy, C. (2010). Personalidad resistente, autoeficacia y estado general de salud en profesionales de Enfermería de cuidados intensivos y urgencias. España: Universidad de Murcia. Psicothema. Revisado el 6 de mayo de 2011 en <http://www.psychothema.com/pdf/3773.pdf>
- Romero, M., Santander, J., Hitschfeld, M., Labbé, M., Zamora, V. (2009). Consumo de tabaco y alcohol en estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica. Santiago de Chile. Scielo. Revisado el 12 de diciembre de 2010 en http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872009000300006
- Ruiz, F. (2004). Notas sobre epistemología. El método científico universal: el neopositivismo. Psiquiatria.com. Revisado el 15 de diciembre de 2010 en http://www.psiquiatria.com/articulos/psiq_general_y_otras_areas/investigacion/16366/
- Salanova, M., Grau, R., Martínez, I., Cifre, E., Llorens, S., García, M. (2004). Nuevos horizontes en la investigación sobre la autoeficacia. Castellón de la Plana: Publicaciones de la Universitat Jaume. Revisado el 16 de noviembre de 2010 en <http://des.emory.edu/mfp/NuevosHorizontes.pdf>
- Salazar, I. y Arrivillaga, M. (2004). Consumo de alcohol, tabaco y otras drogas, como parte del estilo de vida de los jóvenes universitarios. Colombia: Universidad Nacional de Colombia. Revisado el 17 de noviembre de 2010 en <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=80401309>
- Schwarzer, R. y Luszczynska, A. (2005). Self-efficacy, adolescent risk-taking behaviors and health. Revisado el 18 de mayo de 2011 en http://translate.googleusercontent.com/translate_c?hl=es&langpair=en|es&u=http://userpage.fu-berlin.de/~health/self/se-adolescents_2005.pdf&rurl=translate.google.com&usg=ALkJrhjgzpR5KefoRSKIACI Bp2NNiF9eTw

- Schwarzer, R., Luszczynska, A., Gutiérrez-Doña, B. (2005). General self-efficacy in various domains of human functioning: Evidence from five countries. *International Journal of Psychology* 40:(2). Revisado el 20 de diciembre de 2010 en http://userpage.fu-berlin.de/~health/materials/lu_2005_self.pdf
- SENDA. (2011). Análisis de resultados alcohol use disorders identification test (AUDIT). Gobierno de Chile. Revisado el 19 de enero de 2012 en http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2011/11/2011111_BoletinAudit.pdf
- Serra, J. (2009). Autoeficiencia, depresión y el rendimiento académico en estudiantes universitarios. España: Universidad Complutense de Madrid. Revisado el 10 de mayo de 2011 en <http://eprints.ucm.es/11105/1/T32194.pdf>
- Sosa, R. (2003). Autoeficacia percibida y consumo de alcohol en trabajadores de la salud. México: Universidad de Nueva León. Revisado el 19 de octubre de 2011 en <http://cdigital.dgb.uanl.mx/te/1080124316.pdf>
- Tijerina, M. (2005). Autoeficacia, asertividad y consumo de tabaco y alcohol en estudiantes de secundaria. México: Universidad Autónoma de Nuevo León. Red de Enfermería de América Latina. Revisado el 14 de noviembre de 2010 en http://real.enfermeria.uanl.mx/index2.php?option=com_content&do_pdf=1&id=146
- Villamarín, F. (1994). Autoeficacia: Investigación en la psicología de la salud. España: Universidad Autónoma de Barcelona. *Anuario de Psicología*. Revisado el 14 de noviembre de 2010 en <http://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/viewFile/61115/88849>

VIII. ANEXOS

Anexo n°1



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO
FACULTAD DE EDUCACIÓN Y HDES.
DEPTO. DE CIENCIAS SOCIALES



Señor(a)

Chillán, Octubre de 2011

Presente

De nuestra consideración:

Junto con saludarle, por medio de la presente le damos a conocer que nuestra Escuela de Psicología, representada por nuestras licenciadas Srta. Mónica Medel, RUT: 16.490.666-3 y Srta. Paulina Godoy, RUT: 16.784.978-4, se encuentran desarrollando su investigación de tesis titulada “Autoeficacia y consumo de tabaco y alcohol en estudiantes universitarios”.

La investigación se dirige hacia estudiantes que se encuentren cursando una carrera universitaria, y objetivo general es medir el nivel de autoeficacia general de dichos estudiantes, para lo cual se requerirá la toma de muestra de las diversas universidades de la ciudad de Chillán a través de la aplicación de dos instrumentos. Además, se investigará respecto de su posible relación con el consumo de tabaco y alcohol.

Cabe señalar que toda esta información tiene un carácter confidencial, es decir, no se registran nombres de alumnos y alumnas participantes en la muestra como tampoco de los establecimientos a los que pertenecen, ya que la utilidad de los resultados son netamente estadísticos y con fines académicos.

Agradecemos su valiosa disposición y colaboración hacia nuestras licenciadas, cuya labor se verá altamente enriquecida con la incorporación de vuestro establecimiento.

Atentamente,

Soledad Martínez Labrín
Directora
Escuela de Psicología

Anexo n°2

Consentimiento Informado

El presente documento pone a su disposición la información necesaria sobre los objetivos, alcances y actividades involucradas en la investigación “Autoeficacia y consumo de alcohol y tabaco en universitarios/as”, con el objetivo de que decida libremente si desea o no participar en ella en calidad de informante. Esta investigación tiene como objetivo describir el nivel de autoeficacia general y medir su relación con el consumo de tabaco y alcohol en la población universitaria de Chillán.

Esta investigación no implica peligro para la integridad o seguridad física, psicológica o social/laboral de los participantes. La información aportada será confidencial, y en caso de publicación, sólo se mencionarán resultados generales de la población, proveyendo la seguridad necesaria para que el o la participante no sea identificado. La información recopilada no será utilizada con ningún otro fin más que la presente investigación.

La participación debe ser totalmente voluntaria y actualizada, de tal modo que la persona puede hacer abandono de ella cuando estime conveniente, y, si así lo desea, puede solicitar que los datos que haya aportado a la investigación sean borrados.

No se contemplan pagos o la entrega de algún otro beneficio directo a los participantes.

Los criterios de elegibilidad de los participantes son: estudiantes universitarios de la ciudad Chillán que tengan disposición a participar como informantes, respondiendo cuestionario tipo likert sobre autoeficacia percibida.

Para cualquier pregunta o contacto, y en cualquier momento, el participante se puede poner en contacto con:

Paulina Godoy Ramos
e-mail: pagodoy@alumnos.ubiobio.cl

Mónica Medel Fernández
e-mail: momedel@alumnos.ubiobio.cl

Dirección: Avda. Andrés Bello S/N
Escuela de Psicología
Universidad del Bío-Bío, Chillán.

Declaro que mi participación es voluntaria, esclarecida y no está influida por la relación que mantengo con el investigador.

Firma participante

Anexo n°3

Escala de Autoeficacia General para Universitarios

Por favor, conteste con sinceridad marcando con una X cada afirmación según cómo percibe su capacidad en este momento:

		Incorrecto	Apenas cierto	No estoy seguro/a	Mas bien cierto	Cierto
1	Me siento capaz de relacionarme con las demás personas de buena forma.					
2	Me siento capaz de comunicarme con personas de mi edad.					
3	Me siento capaz de mantener una relación de pareja duradera.					
4	Me siento capaz de desenvolverme eficazmente en el ámbito académico.					
5	Me siento capaz de vencer cualquier obstáculo en el ámbito académico.					
6	Me siento capaz de desenvolverme exitosamente dentro de un grupo de personas.					
7	Persisto o persistiría a pesar de las dificultades en seguir en una relación amorosa -sí creo que es lo correcto- pues siento tener las habilidades para ello.					
8	Me siento capaz de generar alternativas ante problemáticas presentadas en el área académica.					
9	Cuando me encuentro en situaciones académicas difíciles puedo permanecer tranquilo, pues me siento capaz de superarlas.					
10	Me siento capaz de mantener una relación de amistad duradera.					
11	Me siento o me sentiría capaz de manejar mis emociones cuando se presenten dificultades en mi relación de pareja.					
12	Cuando fracaso en una evaluación, no me doy por vencido con facilidad, pues siento tener las capacidades para manejar la situación.					
13	Me siento capaz de generar soluciones cuando se presentan problemas en mis relaciones de amistad.					
14	Me siento o me sentiría capaz de enfrentar dificultades en una relación de pareja.					
15	Me siento o me sentiría capaz de llegar a tener relaciones sexuales con mi pareja.					
16	Me siento capaz de involucrarme afectivamente en una relación de amistad.					
17	Si me esfuerzo lo suficiente, me siento capaz					

	de resolver la mayoría de mis dificultades académicas.					
18	Me siento capaz de entablar una conversación con desconocidos.					
19	Me siento capaz de involucrarme sentimentalmente con una pareja.					
20	Me siento capaz de obtener notas sobresalientes si me lo propongo.					
21	Me siento capaz de controlar mi ansiedad ante un examen.					
22	Me siento o me sentiría capaz de generar alternativas ante problemáticas presentadas en mi relación de pareja.					
23	Me siento o me sentiría capaz de ser fiel en una relación de pareja.					
24	Me siento capaz de manejar eficazmente conflictos en mis relaciones de amistad.					
25	No evito situaciones sociales donde tenga que relacionarme con extraños, pues me siento capaz de desenvolverme de buena forma.					
26	Busco actividades académicas que pongan a prueba mi capacidad, pues me siento capaz para desarrollarlas.					
27	Me siento o me sentiría capaz de demostrar mis sentimientos a mi pareja.					
28	Me siento capaz de comprometerme en pareja.					
29	Me siento capaz de trabajar en equipo con mis compañeros.					
30	Me siento capaz de forjar amistades con facilidad.					
31	Busco situaciones sociales donde tenga que conocer nuevas personas, pues me siento capaz de manejar de buena forma la situación.					
32	Me siento capaz de relacionarme con una persona que me gusta o atrae.					
33	Me siento capaz de involucrarme afectivamente con una pareja.					
34	A pesar de que algunas asignaturas se me hagan difíciles, me siento capaz de responder de forma exitosa.					
35	A pesar de sentirme ansioso por alguna evaluación, me considero capaz de responder eficazmente.					
36	Me siento capaz de responder académicamente a pesar de tener problemas personales.					
37	Busco generalmente tener relaciones sentimentales serias, pues me siento con la capacidad para hacerlo.					
38	Me siento o me sentiría capaz de asumir responsabilidades en pareja.					

39	Me siento o me sentiría capaz de llegar a acuerdos con mi pareja.					
40	A pesar de enfrentarme a situaciones sociales adversas (tensas) intento mejorar la situación, pues me siento capaz de hacerlo.					
41	Me siento capaz de comunicarme con mis compañeros.					
42	Me siento o me sentiría capaz de tomar decisiones en pareja.					
43	Me siento capaz de volcar una situación de fracaso académico cuando me lo propongo.					
44	Me siento a gusto conociendo gente nueva, porque siento que poseo las habilidades necesarias para desenvolverme exitosamente.					
45	Me siento capaz de entablar una relación de pareja.					
46	Me siento capaz de superar situaciones imprevistas en el área académica gracias a mis cualidades y recursos.					
47	Cuando me enfrento a evaluaciones importantes me siento capaz de controlar mis emociones.					
48	Me siento capaz de aprobar una asignatura aunque ésta no me guste o no me motive.					
49	Me siento capaz de enfrentarme a situaciones de exposición pública.					

Anexo n°4

Cuestionario 1

Datos personales:

Sexo:

F	M
---	---

Años en la Universidad:

El presente cuestionario describe diferentes situaciones. Por favor, conteste con sinceridad marcando con una X cada afirmación según cómo percibe su capacidad en este momento:

		Incorrecto	Apenas cierto	No estoy seguro	Mas bien cierto	Cierto
1	Me siento capaz de responder académicamente a pesar de tener problemas personales.					
2	Me siento capaz de comunicarme eficazmente con personas de mi edad.					
3	Me siento capaz de mantener una relación de pareja duradera.					
4	Busco situaciones sociales donde tenga que conocer nuevas personas, pues me siento capaz de manejar de buena forma esa situación.					
5	Me siento capaz de vencer cualquier obstáculo en el ámbito académico.					
6	Me siento capaz de desenvolverme exitosamente dentro de un grupo de personas.					
7	Persisto a pesar de las dificultades en seguir en una relación amorosa -si creo que es lo correcto- pues siento tener las habilidades para ello.					
8	Me siento capaz de generar alternativas ante problemáticas presentadas en el área académica.					
9	Cuando me encuentro en situaciones académicas difíciles puedo permanecer tranquilo, pues me siento capaz de superarlas.					
10	Me siento capaz de manejar mis emociones cuando se presentan dificultades en mi relación de pareja.					
11	Me siento capaz de involucrarme afectivamente en una relación de amistad.					
12	Me siento capaz de relacionarme eficazmente					

	con las demás personas.					
13	Me siento capaz de obtener notas sobresalientes si me lo propongo.					
14	Me siento capaz de controlar mi ansiedad ante un examen.					
15	Me siento capaz de ser fiel en una relación de pareja.					
16	Me siento capaz de manejar conflictos en mis relaciones de amistad.					
17	Busco actividades académicas que pongan a prueba mi capacidad, pues me siento capaz para desarrollarlas.					
18	Me siento capaz de forjar amistades con facilidad.					
19	Me siento capaz de desenvolverme exitosamente en el ámbito académico.					
20	Me siento capaz de relacionarme de forma eficaz con una persona que me gusta o atrae.					
21	Cuando me enfrento a evaluaciones importantes me siento capaz de controlar mis emociones.					
22	Me siento capaz de llegar a acuerdos con mi pareja sin mayores complicaciones.					
23	A pesar de enfrentarme a situaciones sociales adversas o tensas intento mejorar la situación, pues me siento capaz de hacerlo.					
24	Me siento capaz de buscar instancias para comunicarme con mis compañeros.					
25	Me siento capaz de tomar decisiones en pareja ante situaciones inesperadas.					
26	Me siento capaz de involucrarme sentimentalmente con una pareja.					

Anexo n°5

Cuestionario 2

El presente cuestionario – de carácter anónimo - busca medir el consumo de alcohol y tabaco en estudiantes universitarios. Por favor, conteste con sinceridad marcando con una X cada afirmación con la cual se sienta identificado:

Consumo de Alcohol	Si	No
--------------------	----	----

Si su respuesta es sí: MARQUE CON UNA CRUZ SOBRE LA ALTERNATIVA QUE MAS LE REPRESENTA

Preguntas							Puntaje
¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	Casi nunca	Una o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 veces a la semana	De 4 a más veces a la semana	Casi todos los días o todos los días	
¿Cuántas unidades estándar (vasos) de bebidas alcohólicas suele consumir en una ocasión no planificada*, ya sea solo o acompañado de cualquier persona?	1 a 2	3 a 4	5 a 6	7 a 8	9 a 10	11 a 12	
Cuando sale con un grupo de amigos ¿cuántas unidades estándar (vasos) de bebidas alcohólicas suele consumir?	1 a 2	3 a 4	5 a 6	7 a 8	9 a 10	11 a 12	

*No planificada se refiere a una situación o día cualquiera, no necesariamente cuando se comparte con amigos.

Consumo de Tabaco	Si	No
-------------------	----	----

Si su respuesta es sí: MARQUE CON UNA CRUZ SOBRE LA ALTERNATIVA QUE MAS LE REPRESENTA

Preguntas							Puntaje
¿Con que frecuencia consume tabaco?	Casi nunca	Una o menos veces en el mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 veces a la semana	De 4 a mas veces a la semana	Todos los días	
¿Cuántos cigarrillos suele consumir en una ocasión no planificada*, ya sea solo o acompañado de cualquier persona?	1 a 2	3 a 4	5 a 6	7 a 8	9 a 10	11 a 12	
Cuando sale con un grupo de amigos ¿cuántos cigarrillos suele consumir?	1 a 2	3 a 4	5 a 6	7 a 8	9 a 10	11 a 12	

*No planificada se refiere a una situación o día cualquiera, no necesariamente cuando se comparte con amigos.

Anexo n°6

Componentes Teóricos

COMPONENTE 1: *(proactividad en la comunicación)*

2 – 24 - 8

Me siento capaz de comunicarme eficazmente con personas de mi edad.

Me siento capaz de buscar instancias para comunicarme con mis compañeros.

Me siento capaz de generar alternativas ante problemáticas presentadas en el área académica.

COMPONENTE 2: *(relaciones interpersonales significativas)*

11 – 16 – 3 – 26 – 15 – 25

Me siento capaz de involucrarme afectivamente en una relación de amistad.

Me siento capaz de manejar conflictos en mis relaciones de amistad.

Me siento capaz de mantener una relación de pareja duradera.

Me siento capaz de involucrarme sentimentalmente con una pareja.

Me siento capaz de ser fiel en una relación de pareja.

Me siento capaz de tomar decisiones en pareja ante situaciones inesperadas.

COMPONENTE 3: *(enfrentamiento a situaciones estresantes)*

23- 14 – 1 – 21

A pesar de enfrentarme a situaciones sociales adversas o tensas intento mejorar la situación, pues me siento capaz de hacerlo.

Me siento capaz de controlar mi ansiedad ante un examen.

Me siento capaz de responder académicamente a pesar de tener problemas personales.

Cuando me enfrento a evaluaciones importantes me siento capaz de controlar mis emociones.

COMPONENTE 4: (*enfrentamiento a situaciones sociales*)

12 – 6 – 18 – 4

Me siento capaz de relacionarme eficazmente con las demás personas.

Me siento capaz de desenvolverme exitosamente dentro de un grupo de personas.

Me siento capaz de forjar amistades con facilidad.

Busco situaciones sociales donde tenga que conocer nuevas personas, pues me siento capaz de manejar esa situación.

COMPONENTE 5: (*situación académica*)

19 – 17 – 5

Me siento capaz de desenvolverme exitosamente en el ámbito académico.

Busco actividades académicas que pongan a prueba mi capacidad, pues me siento capaz para desarrollarlas.

Me siento capaz de vencer cualquier obstáculo en el ámbito académico.

COMPONENTE 6: (*persistencia*)

7– 22 – 13

Persisto a pesar de las dificultades en seguir en una relación amorosa -sí creo que es lo correcto- pues siento tener las habilidades para ello.

Me siento capaz de llegar a acuerdos con mi pareja sin mayores complicaciones.

Me siento capaz de obtener notas sobresalientes si me lo propongo.

COMPONENTE 7: (*aurosal emocional en las relaciones interpersonales*)

10 – 20

Me siento capaz de manejar mis emociones cuando se presentan dificultades en mi relación de pareja.

Me siento capaz de relacionarme de forma eficaz con una persona que me gusta o atrae.

COMPONENTE 8: (*aurosal emocional académico*)

9

Cuando me encuentro en situaciones académicas difíciles puedo permanecer tranquilo, pues me siento capaz de superarlas.

Definiciones

Comp. 1 *Proactividad en la comunicación*: sentirse capaz de activar redes de comunicación, utilizándola como herramienta para enfrentar situaciones sociales diversas.

Comp. 2 *Relaciones interpersonales significativas*: sentirse capaz de involucrarse afectivamente, adquirir compromisos y desenvolverse en situaciones interpersonales con personas significativas.

Comp. 3 *Enfrentamiento a situaciones estresantes*: sentirse capaz de enfrentar y superar situaciones que producen estrés en diversos ámbitos.

Comp. 4 *Enfrentamiento a situaciones sociales*: sentirse capaz de desenvolverse y buscar nuevas experiencias en situaciones sociales

Comp. 5 *Situación académica*: capacidad percibida para desenvolverse con proactividad en diversas situaciones académicas.

Comp. 6 *Persistencia*: capacidad percibida para persistir ante dificultades en diversas áreas, desplegando esfuerzos y recursos personales.

Comp. 7 *Aurosal emocional en las relaciones interpersonales*: sentirse capaz de controlar la activación emocional en las relaciones interpersonales.

Comp. 8 *Aurosal emocional en situaciones académicas*: capacidad de controlar la activación emocional ante estresores académicos.

Anexo n°7

Fundamentación teórica Escala de Autoeficacia General para Universitarios (EAGU)

El presente instrumento mide el nivel de autoeficacia, el cual, desde una perspectiva teórica, influye sobre el modo de pensar, sentir, motivarse y actuar de las personas (Serra, 2010). Por tanto, las creencias sobre uno mismo influyen de distintas formas en el funcionamiento psicosocial del individuo (Bandura, 1987).

Los componentes que constituyen el presente instrumento guardan relación con la teoría de Bandura (1987), quien postula que las fuentes de autoeficacia generan distintas percepciones que actúan a través de procesos cognitivos, motivacionales, afectivos y de selección de procesos.

Procesos cognitivos. La mayor parte del comportamiento intencional del ser humano está regulado por metas significativas para la persona, y el planteamiento de éstas se encuentra afectado por la evaluación de las capacidades personales. Por lo tanto, cuanto más alta sea percibida la autoeficacia personal, más alto será el nivel de las metas que las personas se impongan, pensando en los escenarios posibles que resultarán de sus acciones antes de actuar y planteando sus metas de acuerdo con ellos.

Por ello, las personas con un alto sentido de autoeficacia anticipan situaciones exitosas con pautas para un desenvolvimiento correcto. Por el contrario, las personas con un bajo sentido de eficacia prevén todo lo que puede ir mal y anticipan escenarios de fracaso (Bandura, 1995).

Motivacionales. La autoeficacia del individuo determina no sólo la iniciación de un comportamiento, sino también el nivel de esfuerzo empeñado en la realización de una tarea y la persistencia que un individuo desarrolla cuando ocurren situaciones que amenazan con impedir el logro de la meta (Serra, 2010).

Afectivos. En primer lugar, las creencias de autoeficacia afectan el procesamiento cognitivo de los posibles peligros del ambiente y su vigilancia. Por consiguiente, personas que consideran que potenciales amenazas ambientales escapan de su control, ven el ambiente plagado de éstas, aunque las consecuencias lógicas de este ambiente amenazador exagerado casi nunca se cumplen. No obstante, y debido a la angustia, estas personas sufren alta ansiedad afectando su nivel de funcionamiento. Las creencias de autoeficacia regulan también la ansiedad y el aurosal (nivel de activación), mediante el control sobre los pensamientos perturbadores reiterativos.

Selección de procesos. Las personas desarrollan su vida cotidiana en relación con los ambientes y actividades que eligen. Estas elecciones son hechas de acuerdo con la percepción de la eficacia para manejar o no determinados ambientes y actividades. Así, las personas evitan aquellas situaciones en las cuales no se sienten hábiles para seleccionar los que creen capaces de manejar (Bandura, 1995).

Por las áreas de actuación anteriormente expuestas, se puede apreciar que el constructo autoeficacia pertenece a una teoría que explica una red de relaciones interdependientes entre diversos factores (Bandura, 2001).

Es así como las áreas de actuación de la autoeficacia anteriormente descritas, forman parte de los componentes de la Escala de Autoeficacia General para Universitarios (EAGU) en las diversas situaciones en las cuales se desenvuelven generalmente los estudiantes universitarios, ya sea social, académica y/o sentimentalmente, las que según Erickson (1970) y diversos autores evolutivos contemporáneos (Berger, 2009; Cornachione, 2006), configuran dicha etapa.

Finalmente, se puede apreciar como las diversas áreas de funcionamiento de la autoeficacia, se ven representadas en las distintas áreas de actuación y desempeño característico de la etapa universitaria descritas en el presente instrumento, confluyendo ambas al momento de evaluar la autoeficacia general en dicha población.

Anexo n°8

Correlaciones por componentes - Alcohol

Tabla 55.

Correlaciones

		Componente1	Cantidad2	Cantidad3	Alcohol
Componente1	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	1			
Cantidad2	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	-,096 ,096	1		
cantidad3	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	-,170(*) ,010	,797(**) ,000	1	
Alcohol	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	-,142(*) ,026	,942(**) ,000	,954(**) ,000	1

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

** La correlación es significante al nivel 0,01 (unilateral).

La correlación entre el componente 1 de la Escala de Autoeficacia General y consumo de alcohol en población universitaria es débil negativa (r : -,142) no significativa al 0,05. Es decir, no existe una relación directa entre estas dos variables.

Tabla 56.

Correlaciones

		Componente2	Cantidad2	Cantidad3	Alcohol
Componente2	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	1			
Cantidad2	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	-,199(**) ,003	1		
cantidad3	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	-,287(**) ,000	,797(**) ,000	1	
Alcohol	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	-,259(**) ,000	,942(**) ,000	,954(**) ,000	1

** La correlación es significante al nivel 0,01 (unilateral).

La correlación entre el componente 2 de la Escala de Autoeficacia General y consumo de alcohol en población universitaria es débil negativa ($r: -,259$) no significativa al 0,01. Es decir, no existe una relación directa entre estas dos variables.

Tabla 57.

Correlaciones

		Componente3	Cantidad2	Cantidad3	Alcohol
Componente3	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	1			
Cantidad2	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	,035 ,319	1		
cantidad3	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	-,007 ,460	,797(**) ,000	1	
Alcohol	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	,013 ,429	,942(**) ,000	,954(**) ,000	1

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

La correlación entre el componente 3 de la Escala de Autoeficacia General y consumo de alcohol en población universitaria es débil positiva ($r: ,013$) no significativa al 0,01. Es decir, no existe una relación directa entre estas dos variables.

Tabla 58.

Correlaciones

		Componente4	Cantidad2	Cantidad3	Alcohol
Componente4	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	1			
Cantidad2	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	,090 ,110	1		
Cantidad3	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	,020 ,395	,797(**) ,000	1	
Alcohol	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	,056 ,224	,942(**) ,000	,954(**) ,000	1

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

La correlación entre el componente 4 de la Escala de Autoeficacia General y consumo de alcohol en población universitaria es débil positiva ($r: ,056$) no significativa al 0,01. Es decir, no existe una relación directa entre estas dos variables.

Tabla 59.

Correlaciones

		Componente5	Cantidad2	Cantidad3	Alcohol
Componente5	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	1			
Cantidad2	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	-,059 ,212	1		
Cantidad3	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	-,104 ,077	,797(**) ,000	1	
Alcohol	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	-,087 ,117	,942(**) ,000	,954(**) ,000	1

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

La correlación entre el componente 5 de la Escala de Autoeficacia General y consumo de alcohol en población universitaria es débil negativa ($r: -,087$) no significativa al 0,01. Es decir, no existe una relación directa entre estas dos variables.

Tabla 60.

Correlaciones

		Componente6	Cantidad2	Cantidad3	Alcohol
Componente6	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	1			
Cantidad2	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	-,156(*) ,017	1		
Cantidad3	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	-,203(**) ,003	,797(**) ,000	1	
Alcohol	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	-,190(**) ,005	,942(**) ,000	,954(**) ,000	1

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

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

La correlación entre el componente 6 de la Escala de Autoeficacia General y consumo de alcohol en población universitaria es débil negativa ($r: -,190$) no significativa al 0,05. Es decir, no existe una relación directa entre estas dos variables.

Tabla 61.

Correlaciones

		Componente7	Cantidad2	Cantidad3	Alcohol
Componente7	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	1			
Cantidad2	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	,011 ,439	1		
Cantidad3	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	-,101 ,086	,797(**) ,000	1	
Alcohol	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	-,050 ,247	,942(**) ,000	,954(**) ,000	1

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

La correlación entre el componente 7 de la Escala de Autoeficacia General y consumo de alcohol en población universitaria es débil negativa ($r: -,050$) no significativa al 0,01. Es decir, no existe una relación directa entre estas dos variables.

Tabla 62.

Correlaciones

		Componente8	Cantidad2	Cantidad3	Alcohol
Componente8	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	1			
Cantidad2	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	-,066 ,184	1		
Cantidad3	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	-,091 ,107	,797(**) ,000	1	
Alcohol	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	-,084 ,127	,942(**) ,000	,954(**) ,000	1

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

La correlación entre el componente 8 de la Escala de Autoeficacia General y consumo de alcohol en población universitaria es débil negativa ($r: -,084$) no significativa al 0,01. Es decir, no existe una relación directa entre estas dos variables.

Correlaciones por componentes - Tabaco

Tabla 63.

Correlaciones

		Componente1	Cantidad2	Cantidad3	Cigarrillo
Componente1	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	1			-
Cantidad2	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	-,062 ,260	1		
Cantidad3	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	-,100 ,148	,616(**) ,000	1	
Cigarrillo	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	-,093 ,165	,861(**) ,000	,931(**) ,000	1

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

La correlación entre el componente 1 de la Escala de Autoeficacia General y consumo de tabaco en población universitaria es débil negativa ($r: -,093$) no significativa al 0,01. Es decir, no existe una relación directa entre estas dos variables.

Tabla 64.

Correlaciones

		Componente2	Cantidad2	Cantidad3	Cigarrillo
Componente2	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	1			
Cantidad2	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	,016 ,434	1		
Cantidad3	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	-,106 ,134	,616(**) ,000	1	
Cigarrillo	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	-,061 ,262	,861(**) ,000	,931(**) ,000	1

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

La correlación entre el componente 2 de la Escala de Autoeficacia General y consumo de tabaco en población universitaria es débil negativa ($r: -,061$) no significativa al 0,01. Es decir, no existe una relación directa entre estas dos variables.

Tabla 65.

Correlaciones

		Componente3	Cantidad2	Cantidad3	Cigarrillo
Componente3	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	1			
Cantidad2	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	-,049 ,304	1		
Cantidad3	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	-,170(*) ,037	,616(**) ,000	1	
Cigarrillo	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	-,133 ,082	,861(**) ,000	,931(**) ,000	1

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

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

La correlación entre el componente 3 de la Escala de Autoeficacia General y consumo de tabaco en población universitaria es débil negativa ($r: -,133$) no significativa al 0,01. Es decir, no existe una relación directa entre estas dos variables.

Tabla 66.

Correlaciones

		Componente4	Cantidad2	Cantidad3	Cigarrillo
Componente4	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	1			
Cantidad2	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	,061 ,262	1		
Cantidad3	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	,018 ,424	,616(**) ,000	1	
Cigarrillo	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	,040 ,338	,861(**) ,000	,931(**) ,000	1

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

La correlación entre el componente 4 de la Escala de Autoeficacia General y consumo de tabaco en población universitaria es débil positiva ($r: -,040$) no significativa al 0,01. Es decir, no existe una relación directa entre estas dos variables.

Tabla 67.

Correlaciones

		Componente5	Cantidad2	Cantidad3	Cigarrillo
Componente5	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	1			
Cantidad2	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	,045 ,321	1		
Cantidad3	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	-,041 ,334	,616(**) ,000	1	
Cigarrillo	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	-,006 ,475	,861(**) ,000	,931(**) ,000	1

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

La correlación entre el componente 5 de la Escala de Autoeficacia General y consumo de tabaco en población universitaria es débil negativa ($r: -,006$) no significativa al 0,01. Es decir, no existe una relación directa entre estas dos variables.

Tabla 68.

Correlaciones

		Componente6	Cantidad2	Cantidad3	Cigarrillo
Componente6	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	1			
Cantidad2	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	,169(*) ,038	1		
Cantidad3	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	,004 ,485	,616(**) ,000	1	
Cigarrillo	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	,081 ,200	,861(**) ,000	,931(**) ,000	1

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

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

La correlación entre el componente 6 de la Escala de Autoeficacia General y consumo de tabaco en población universitaria es débil positiva ($r: ,081$) no significativa al $0,01$. Es decir, no existe una relación directa entre estas dos variable.

Tabla 69.

Correlaciones

		Componen te7	Cantidad2	Cantidad3	Cigarrillo
Componente7	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	1			
Cantidad2	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	,066 ,247	1		
Cantidad3	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	,005 ,480	,616(**) ,000	1	
Cigarrillo	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	,034 ,363	,861(**) ,000	,931(**) ,000	1

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

La correlación entre el componente 7 de la Escala de Autoeficacia General y consumo de tabaco en población universitaria es débil positiva ($r: ,034$) no significativa al $0,01$. Es decir, no existe una relación directa entre estas dos variable.

Tabla 70.

Correlaciones

		Componen te8	Cantidad2	Cantidad3	Cigarrillo
Componente8	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	1			
Cantidad2	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	-,035 ,357	1		
Cantidad3	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	-,081 ,199	,616(**) ,000	1	
Cigarrillo	Correlación de Pearson Sig. (unilateral)	-,069 ,237	,861(**) ,000	,931(**) ,000	1

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

La correlación entre el componente 8 de la Escala de Autoeficacia General y consumo de tabaco en población universitaria es débil negativa ($r: -,069$) no significativa al 0,01. Es decir, no existe una relación directa entre estas dos variable.