

Estimación psicométrica de la escala de autoeficacia ante conductas de riesgo para adolescentes en México

Jorge Raúl Palacios Delgado*

Centro de Investigación e Innovación Biopsicosocial, México

INFORMACIÓN ARTÍCULO

Manuscrito recibido: 20/08/2014
Aceptado: 18/11/2014

Palabras clave:

Autoeficacia
Conductas de riesgo
Escala de medición
Validez factorial
Fiabilidad
Adolescentes

Keywords:

Self-efficacy
Risk behaviors
Measurement scale
Factorial validity
Reliability
Adolescents

RESUMEN

El objetivo de la presente investigación fue determinar las propiedades psicométricas (estructura, validez factorial y consistencia interna) de un instrumento para medir la autoeficacia ante conductas de riesgo en adolescentes mexicanos. Participaron en el estudio 850 jóvenes, entre 13 y 21 años de edad, estudiantes de bachillerato de la Ciudad de México. El análisis psicométrico para determinar la validez de constructo reveló seis dimensiones: autoeficacia ante el consumo de alcohol, tabaco, drogas, conducta sexual, daños a la salud y conducta antisocial. La confiabilidad mostró un nivel óptimo para cada factor. Adicionalmente la validez factorial tuvo un buen ajuste a la muestra. La discusión analiza la utilidad de la escala para la evaluación de la autoeficacia ante conductas de riesgo en diferentes situaciones y contextos.

© 2015 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Production by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Psychometric estimation of a self-efficacy scale to avoid risk behaviors in Mexican adolescents

ABSTRACT

The objective of this research was to analyze the psychometric properties (structure, factorial validity, and reliability) of the scale for measuring self-efficacy to avoid behavior risk in Mexican adolescents. The sample consisted of 850 teenagers aged between 13 and 21 years, students of public high schools in Mexico City. The psychometric analysis showed six factors: self-efficacy to avoid tobacco consumption, alcohol drinking, drug use, sexual behavior, health injury, and antisocial behavior. The reliability analysis showed an optimal level for each factor. Additionally, the results indicated the factorial validity of self-efficacy to avoid behavior risk. The discussion analyzes the utility for self-efficacy assessment, and intervention development implications are suggested.

© 2015 Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. Producido por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Dentro de las teorías que intentan explicar las conductas de riesgo, la teoría sociocognitiva de Bandura (Bandura, 1977, 1987; Bandura y Walters, 1983) se ha vinculado con varios comportamientos de riesgo. La teoría se basa en los principios del aprendizaje, la persona y su cognición, junto con aspectos del ambiente en que se lleva a cabo la conducta. Dentro de los principios de aprendizaje, Bandura destaca el condicionamiento clásico, el condicionamiento operante y el aprendizaje vicario; este último se refiere al proceso de aprendizaje por observación en el que la conducta de un individuo o grupo (el modelo) actúa como estímulo de pensamientos, actitudes o conductas similares por parte del otro individuo que observa la actuación del modelo. Para que pueda producirse el aprendizaje por observación es necesario que se produzca la adquisición de esa conducta.

Un elemento importante dentro de la teoría social cognitiva desarrollada por Bandura (1977, 1987, 1997) es el constructo de autoeficacia, distinguiendo dos tipos de expectativas, la expectativas de resultado y las expectativas de eficacia (autoeficacia). La autoeficacia se define como la capacidad o convicción personal que tiene el sujeto de que pueda ejecutar exitosamente la conducta requerida para actuar o producir un resultado en una situación, actividad o dominio (Bandura, 1997).

La autoeficacia tiene como elemento central las percepciones que tienen los individuos de su capacidad de actuar. Desde la perspectiva de la teoría social cognitiva, la percepción de autoeficacia es uno de los factores personales que determinan la motivación y la ejecución. La autoeficacia percibida afecta a los propios niveles de motivación y logro del individuo a través de su capacidad para afrontar los cambios. Un postulado importante de la teoría de la autoeficacia (Bandura, 1977, 1994, 1997) señala que las percepciones de eficacia varían

*e-mail: kobuj@yahoo.com.mx

de modo significativo entre las distintas situaciones y tareas; de esta manera la teoría de la autoeficacia se centra en el pensamiento humano, es decir, los pensamientos que los individuos tienen acerca de su capacidad para actuar.

Por otra parte, se ha demostrado que los factores cognoscitivos son precursores inmediatos y específicos de la conducta (p. ej., cogniciones relacionadas con el alcohol, la autoeficacia para rechazar el tabaco, etc.) (Schonfield, Pattison, Hill y Borland, 2003). De manera que las dimensiones cognoscitivas afectan una determinada conducta y la adopción de un curso de acción en particular (Palacios, 2011; Palacios y Bustos, 2012a, 2012b, 2012c, 2013).

La autoeficacia hace referencia al grado de confianza en las capacidades propias para manejar adecuadamente ciertas situaciones de la vida (Bandura, 1977). Las capacidades propias del individuo pueden influir tanto en sentimientos como en pensamientos y acciones. Por lo que respecta a la acción, las personas que se sienten eficaces son más resistentes a manifestar ciertas conductas, tienen metas más altas y persisten más en sus propósitos que quienes no tienen un fuerte control personal (Bandura, 1977, 1997).

Generalmente, cuando se habla de autoeficacia se hace en un sentido concreto, es decir, se hace referencia a la eficacia percibida en una situación específica, por ejemplo mejorar en un problema concreto de salud. Sin embargo, se suele considerar a la autoeficacia en un sentido amplio, entendiéndola como un constructo global que hace referencia a la creencia estable que tiene un individuo sobre su capacidad para manejar adecuadamente una amplia gama de situaciones de la vida cotidiana (Pérez, Bermúdez y Sanjuán, 2000).

En este sentido, la autoeficacia se ha medido de varias formas; por ejemplo, se han diseñado escalas que miden la autoeficacia de forma general (Pérez et al., 2000), que evalúan el sentido estable de competencia personal para manejar de forma eficaz una gran variedad de situaciones. Adicionalmente la autoeficacia se ha medido de manera multidimensional en el único instrumento como uno de los criterios vinculados a los problemas de desajuste durante la adolescencia (Fuentes, García, Gracia y Lila, 2011a, 2011b; Gracia, Fuentes y García, 2010).

Sin embargo, se sugiere que la experiencia que se tenga de una conducta afecta el grado de eficacia, de manera que la autoeficacia sobre tareas específicas tiene una mayor influencia sobre la conducta que la autoeficacia general. Al respecto se han creado algunos instrumentos sobre tareas específicas (Zimmerman, Bandura y Martinez-Pons, 1992) o conductas en particular, de los cuales se puede mencionar el desarrollado por algunos autores (Dijkstra y De Vries, 2000; Fagan et al., 2003) que mide la autoeficacia para evitar fumar o el elaborado por Gwaltney et al. (2001) que evalúa la capacidad de abstenerse de fumar a través de diversas situaciones, la autoeficacia para rechazar el consumo de alcohol (Oei, Hasking y Phillips, 2007; Oei y Morawska, 2004; Young, Hasking, Oei y Loveday, 2007), la autoeficacia para beber alcohol de manera moderada en varias situaciones o contextos (Sitharthan, Job, Kavanagh, Sitharthan y Hough, 2003), el consumo de drogas (Martin, Wilkinson y Poulos, 1995), así como para evitar tener relaciones sexuales de riesgo (López y Moral, 2001); es decir, se ha encontrado (Gwaltney et al., 2001; Palacios, 2009) que la medición de la autoeficacia tiene mejores resultados cuando se evalúa a través de su relación con conductas en específico para determinar de manera más precisa su influencia en el dominio de interés (conductas de riesgo) (Palacios, 2009, 2011).

La autoeficacia juega un rol clave en el funcionamiento humano porque éste afecta la conducta no solo directamente, sino que impacta a otros determinantes como las metas, las aspiraciones, las expectativas, el estado afectivo y la percepción de los impedimentos y oportunidades del ambiente social (Bandura, 2005). Específicamente se ha encontrado que la autoeficacia es un determinante de la conducta, ya que a partir de la misma es posible predecir la conducta; en este sentido, la autoeficacia se ha puesto a prueba para predecir distintos comportamientos de riesgo. Por ejemplo, la autoeficacia se ha

vinculado con el consumo de tabaco (Carvajal y Granillo, 2006; Engels, Hale, Noom y De Vries, 2005; Gwaltney et al., 2001), el consumo de alcohol (Gilles, Turk y Fresco, 2006; Oei et al., 2007), el consumo de drogas (Bandura, 1999; Dolan, Martín y Rohsenow, 2008), la conducta sexual (Chewning et al., 2001; Sanderson y Yopyk, 2007), el intento de suicidio (Dieserud, Røysamb, Ekeberg y Kraft, 2001; Kassel et al., 2002), así como con la conducta antisocial y delictiva (Bandura, Caprara, Barbaranelli, Pastorelli y Regalia, 2001; Caprara, Scabini, Barbaranelli, Pastorelli y Bandura, 1998).

En México, se han realizado algunos estudios (Alfaro y Ponce de León, 2004; Cabrera, Olvera y Robles, 2006; López & Moral, 2001; Ponce de León y Alfaro, 2002; Robles et al., 2004) que confirman la idea de que los jóvenes que son más eficaces para evitar conductas de riesgo se involucran en menor nivel en estos comportamientos, en comparación con los jóvenes que presentan conductas de riesgo (Palacios, 2009, 2010, 2011; Palacios y Parrao, 2010).

La evidencia mostrada sobre la relación que tiene la autoeficacia con las conductas de riesgo señala que un alto sentido de autoeficacia está acompañado de un bajo nivel de involucramiento en conductas de riesgo; por el contrario los individuos que no se sienten capaces de resistir o rechazar conductas que comprometen su salud (baja autoeficacia) tendrán mayor probabilidad de incurrir en dichas conductas. Esta relación es consistente independientemente de la población en donde se dé (adolescentes o adultos, personas en tratamiento, etc.) y del instrumento que se emplee para medirla.

Por otra parte, a pesar de que se cuenta con medidas de autoeficacia para evitar conductas de riesgo (Dijkstra & De Vries, 2000; Fagan et al., 2003; Gwaltney et al., 2001; López & Moral, 2001; Martín et al., 1995; Oei et al., 2007; Oei & Morawska, 2004; Sitharthan et al., 2003; Young et al., 2007), éstas se han dado en una cultura distinta a la mexicana, se centran en una conducta en particular (p. ej., autoeficacia ante el consumo de tabaco) y no se abordan sobre varias conductas de riesgo. Al respecto, instrumentos encaminados a medir una conducta específica no permiten discriminar la relación entre distintas conductas de riesgo (p. ej., alcohol o drogas). Por lo tanto, de acuerdo con los resultados obtenidos por los diferentes autores, considero que la medición de la autoeficacia en varios comportamientos de riesgo (consumo de alcohol, tabaco, drogas, conducta sexual, intento suicida y conducta antisocial) implicaría multidimensionalidad (contextos, situaciones y conductas); es decir, cada conducta de riesgo se puede presentar de una forma particular, por ejemplo con los amigos, con la pareja, en la escuela, en una fiesta, etc., de manera que los cambios asociados con esta variedad de situaciones sugiere que el adolescente tendrá la habilidad y capacidad necesaria para evitar involucrarse en conductas que ponen en riesgo su salud en varias situaciones o contextos. Desde la postura del autor y de la presente investigación, una escala de autoeficacia ante varias conductas de riesgo debería incorporar cada conducta de riesgo asociada a distintos, contextos, situaciones y comportamientos bajo las cuales los adolescentes interactúan en su vida cotidiana.

Contar con una escala con estas características, válida, confiable y con sensibilidad cultural, podría ser utilizada para fines diagnósticos, de investigación o clínicos que permita obtener información de la capacidad del adolescente para manejar adecuadamente ciertas situaciones de la vida. Adicionalmente, si pretendemos evaluar constructos universales en características idiosincráticas específicas de cada cultura, es necesario identificar los indicadores del constructo que sean relevantes, adecuados y sensibles a la cultura en la que se van a medir y operacionalizar (Díaz-Loving, 1998; Palacios, 2014); este principio es central para determinar las características psicométricas de los instrumentos. En este sentido, al ser la autoeficacia un constructo universal (*Etic*), su operacionalización, aplicación y evaluación en culturas con características particulares (*Emic*) permitirá su utilización en contextos iberoamericanos, ya que el instrumento se podrá entender y aplicar en otras partes que utilicen el mismo idioma al utilizado en el presente estudio. Por la evidencia mostrada

anteriormente, parece factible desarrollar un instrumento que mida la autoeficacia ante varias conductas de riesgo (consumo de alcohol, tabaco, drogas, conducta sexual, intento suicida y conducta antisocial) asociadas a distintos contextos, situaciones y comportamientos. De esta manera, el objetivo de este estudio es estimar las propiedades psicométricas (estructura, validez factorial y consistencia interna) de un instrumento que mida la autoeficacia sobre conductas de riesgo propuestas en este estudio en una muestra de adolescentes mexicanos.

Método

Participantes

Se seleccionó una muestra no probabilística de manera intencional de 850 jóvenes, 397 hombres y 453 mujeres, con un rango de edad entre 13 y 21 años y una media de 16.45 años ($DT = 1.3$), estudiantes de tres escuelas públicas de educación media superior de la Ciudad de México.

Instrumento

Para evaluar la autoeficacia se desarrolló un instrumento específico que mide la autoeficacia para evitar o rechazar conductas de riesgo, partiendo de ítems similares de otras escalas (Bandura, 2005) que miden autoeficacia ante el consumo de alcohol, tabaco, drogas o conducta sexual (Dijkstra & De Vries, 2000; Fagan et al. 2003; Gwaltney et al., 2001; López & Moral, 2001; Martín et al., 1995; Oei et al., 2007; Oei & Morawska, 2004; Sitharthan et al., 2003; Young et al., 2007). Para medir la autoeficacia ante la conducta antisocial se redactaron ítems específicos para medir esta conducta (p. ej., “considero que tengo o cuento con estrategias para negarme a participar en robos de poco valor”). En el caso del intento de suicidio se elaboraron ítems que hacen referencia a la capacidad para evitar conductas que dañen la salud del adolescente (p. ej., “me resulta fácil rechazar algo que dañe mi salud”). El instrumento final estuvo conformando por 70 ítems con opción de respuesta cerrada tipo Likert que va de *casi nunca a casi siempre*.

Procedimiento

La información se obtuvo a lo largo de un mes que duró la investigación; se aplicó el cuestionario a los adolescentes de manera grupal, utilizando a los grupos escolares para tal fin y además se les pidió que respondieran a un cuestionario elaborado para conocer algunas actividades que realizan los jóvenes de su edad. Se les aclaró que su participación era voluntaria, que no había respuestas buenas ni malas y que la información era anónima, para lo cual se les solicitó que respondieran de forma sincera, explicándoles que sus respuestas se utilizarían para fines de investigación. Asimismo, se resolvieron las dudas que tuvieran los adolescentes y al final de la aplicación se entregó a cada participante una lista de números telefónicos de centros que ofrecen apoyo psicológico.

Resultados

En primer lugar se revisó la distribución de frecuencias de las respuestas de cada ítem dadas por los adolescentes, para conocer si los ítems discriminaban, se seleccionaron los ítems en donde la distribución de las respuestas se acercara a una curva normal, eliminando los ítems que tuvieran más del 80% en una sola opción de respuesta, indicativo de que la mayoría de los sujetos respondían en los extremos de la escala de respuesta y por tanto resultaban sesgados, y adicionalmente se eliminaron aquellos ítems que tuvieran una distribución asimétrica. Posteriormente se realizó un análisis de discriminación de reactivos a través de la prueba *t* de Student; en

este caso se tomó en cuenta que la probabilidad fuera de .05 o menor; el siguiente criterio para la eliminación de reactivos fue la correlación ítem-total; la discriminación de reactivos permitió obtener los 45 ítems que mejor discriminaron.

Para obtener la validez de constructo de la escala de autoeficacia ante conductas de riesgo se realizó un análisis factorial exploratorio de componentes principales con rotación ortogonal para obtener la agrupación de los ítems. Como requisito previo al análisis factorial se evaluó la adecuación de las matrices de correlaciones utilizando el índice de adecuación de la muestra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) con un valor de .957 considerado como excelente. El índice de esfericidad de Bartlett fue significativo ($\chi^2 = 17536.54$, $gl = 630$, $p < .001$), indicando la presencia de correlaciones significativas y que la multidimensionalidad era adecuada, así como la pertinencia de llevar a cabo el análisis factorial. El análisis factorial exploratorio mostró 6 factores. El criterio para seleccionar un factor fue el punto de quiebre del gráfico de sedimentación de Catell; además se eligió que el valor eigen fuera superior a 1.0. Para la interpretación de los factores, el criterio que se consideró para incluir un reactivo dentro de cada dimensión fue que presentara un peso factorial mayor a 0.35 y no tuviera un peso factorial similar en otro factor (Hair, Anderson, Tatham y Black, 1999; Pérez, 2004). Además se consideró la claridad conceptual de cada dimensión y que contara como mínimo con tres ítems.

La solución factorial obtenida explica el 57.60% de la varianza total. La tabla 1 muestra los ítems agrupados por factores y sus respectivas saturaciones; se observan valores de moderados a altos en las saturaciones de los ítems, indicativo de que los mismos definen claramente cada factor. Los contenidos de los ítems que pertenecen a un mismo factor presentaron coherencia teórica entre sí (miden la autoeficacia ante conductas de riesgo).

Las dimensiones de la autoeficacia ante conductas de riesgo quedaron definidas conceptualmente de la siguiente forma:

La *autoeficacia ante el tabaco* (explica el 13.06% de la varianza total) se refiere a la capacidad con la que cuenta el adolescente para evitar consumir tabaco, rechazando participar en actividades, lugares, contextos o situaciones en los cuales se consuma, así como estar con amigos que consuman tabaco sin hacerlo, utilizando acciones dirigidas para negarse a consumir (p. ej., “soy capaz de rechazar consumir tabaco”).

El factor de *autoeficacia ante el alcohol* (incorpora el 13.08% de la variabilidad) hace referencia a la capacidad con la que cuenta el adolescente para evitar consumir alcohol, rechazando participar en actividades, lugares, contextos o situaciones en los cuales se consuma, así como estar con amigos que consuman alcohol sin hacerlo, utilizando estrategias encaminadas para negarse a consumir (p. ej., “soy capaz de rechazar consumir alcohol”).

La dimensión de *autoeficacia ante las drogas* (adiciona el 8.27% de la varianza) refleja la capacidad con la que cuenta el adolescente para rechazar consumir drogas, evitando participar en actividades, lugares, contextos o situaciones en los cuales se consuman, así como evitar la presión de los amigos para consumir drogas, utilizando acciones dirigidas para negarse a consumir (p. ej., “soy capaz de rechazar consumir drogas”).

Por su parte, la *autoeficacia ante daños a la salud* (contribuye con un 8.24% de la variabilidad total) refleja la evaluación de actividades o situaciones que pueden dañar la salud del adolescente, alejándose o evitando participar en ellas (p. ej., “evito hacer cosas que dañen mi salud”).

La *autoeficacia en la conducta sexual* (explicó el 7.80% de la varianza) describe la capacidad con la que cuenta el adolescente para negarse a tener relaciones sexuales sin usar condón, utilizando acciones dirigidas para negarse a tenerlas si se lo proponen (p. ej., “me sentiría capaz de negarme a tener relaciones sexuales si no tengo condones”).

Por último, la *autoeficacia ante la conducta antisocial* (incorpora el 6.59% de la variabilidad) señala la capacidad con la que cuenta el

Tabla 1
Análisis factorial de la escala de autoeficacia ante conductas de riesgo

Ítems	Autoeficacia tabaco	Autoeficacia alcohol	Autoeficacia drogas	Autoeficacia daños a la salud	Autoeficacia conducta sexual	Autoeficacia conducta antisocial
a198	.789					
a210	.788					
a207	.773					
a169	.764					
a116	.757					
a76	.680					
a123	.658					
a167	.630					
a7	.538					
a219		.748				
a216		.726				
a107		.698				
a58		.696				
a157		.674				
a22		.659				
a9		.650				
a176		.561				
a174		.557				
a185		.508				
a155		.400				
a129			.781			
a146			.760			
a39			.713			
a74			.704			
a209			.608			
a71				.726		
a77				.713		
a226				.699		
a113				.678		
a48				.627		
a170				.492		
a43					.763	
a142					.747	
a132					.728	
a16					.713	
a191					.666	
a234						.608
a200						.523
a148						.477
a154						.453
a211						.410
a197						.364
a147						.351

adolescente para negarse a participar en actividades que impliquen robos, peleas o involucren algún riesgo (p. ej., “puedo negarme a participar en robos aunque sean de poco valor”).

Posteriormente al análisis factorial exploratorio se realizó un análisis factorial confirmatorio (AFC) para establecer la validez factorial de la medida de autoeficacia vinculada a las conductas de riesgo en esta muestra. El análisis realizado con el AFC en los adolescentes mostró que sin ser necesariamente el óptimo se ajusta a los datos, proporcionando validez factorial a la medida desarrollada. Mostraron adecuación los indicadores de bondad de ajuste absoluto, $\chi^2(9, N = 850) = 57.30, p < .001, GFI = .98, RMSEA = .08, p\text{-close} < .01$; de ajuste incremental, $TLI = .99, RFI = .99, IFI = .99, CFI = .99$, y de ajuste de parsimonia, $AGFI = .97, NFI = .99$. La figura 1 muestra los resultados de la validez factorial.

Para obtener la confiabilidad se calculó el índice de consistencia interna (coeficiente alfa de Cronbach) para cada uno de los factores y para el total del instrumento, obteniendo un índice de .95 (IC 95% = .94 - .95) en el puntaje total. Los resultados sugieren niveles de confiabilidad satisfactorios, lo que indica una homogeneidad en los ítems que componen cada factor. La tabla 2 muestra la confiabilidad obtenida y el número de ítems para cada dimensión.

Se muestran los parámetros estandarizados del AFC. El puntaje promedio, la desviación estándar y el rango para cada factor se muestran en la tabla 3. Los valores promedio se encuentran por arriba de la media teórica y las desviaciones estándar son relativamente consistentes a través de los factores.

Para conocer si existían diferencias entre hombres y mujeres en la autoeficacia se utilizó la prueba *t* de Student. Como se observa en la tabla 4, existen diferencias estadísticamente significativas entre

Tabla 2
Coeficiente alfa de Cronbach y número de ítems para la escala de autoeficacia ante conductas de riesgo

Dimensiones	α	IC 95%	Ítems
Autoeficacia tabaco	.92	.91 - .92	9
Autoeficacia alcohol	.91	.90 - .92	11
Autoeficacia drogas	.84	.83 - .86	5
Autoeficacia daños a la salud	.84	.82 - .86	6
Autoeficacia conducta sexual	.82	.81 - .84	5
Autoeficacia conducta antisocial	.71	.68 - .74	7

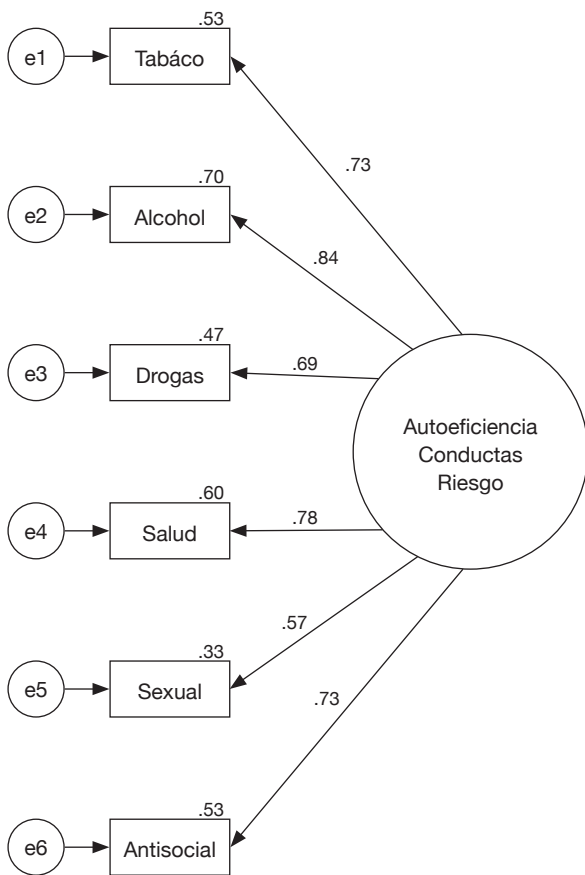


Figura 1. Estimación factorial de la autoeficacia ante conductas de riesgo en adolescentes.

hombres y mujeres, en donde las mujeres tienen puntajes más altos en cada una de las dimensiones de la autoeficacia ante las conductas de riesgo en comparación con los hombres. La dimensión de autoeficacia ante la conducta sexual mostró el valor de eta cuadrado más elevado, señalando el tamaño del efecto que puede tener esta dimensión.

Para estimar la proporción de cada dimensión de la autoeficacia ante conductas de riesgo entre hombres y mujeres se realizó una regresión logística. Los resultados obtenidos mostraron que la capacidad de eficacia que se estimó en mayor proporción para las mujeres respecto a los hombres fue la autoeficacia ante las relaciones sexuales ($OR = 1.7$, $IC\ 95\% = 1.5 - 1.8$, $p < .001$), con un porcentaje correcto de clasificación del 85.2% y una pseudo R^2 de Nagelkerke = .35); es decir, las mujeres tienen 1.7 veces mayor probabilidad de presentar esta capacidad.

Tabla 3
Estadística descriptiva de la escala de autoeficacia ante conductas de riesgo

	M	DT	Rango
Autoeficacia tabaco	32.24	5.2	9 - 36
Autoeficacia alcohol	38.39	6.3	14 - 45
Autoeficacia drogas	18.88	2.2	7 - 20
Autoeficacia daños a la salud	20.63	3.2	8 - 24
Autoeficacia conducta sexual	17.60	3.0	7 - 20
Autoeficacia conducta antisocial	25.16	2.7	11 - 28

Discusión

Consistente con la teoría social cognitiva y con la autoeficacia (Bandura, 1977, 1987, 1997), los resultados obtenidos indican que los adolescentes pueden evitar involucrarse en conductas de riesgo a través de diferentes situaciones o contextos, medidos por medio de seis dimensiones (autoeficacia para evitar consumir tabaco, alcohol, drogas, evitar daños a su salud, rechazar conductas sexuales de riesgo y evitar conductas antisociales). El instrumento desarrollado para medir la autoeficacia ante conductas de riesgo fue diseñado para incluir una serie de situaciones o contextos en los cuales se pueden encontrar los adolescentes cuando incurren en estos comportamientos. La incorporación de la propuesta anterior encuentra el respaldo del planteamiento de Bandura (2005), al mencionar que distintos dominios de eficacia requieren diferentes conjuntos de escalas con ítems homogéneos en cada uno de los dominios que evalúa la escala.

La estructura factorial obtenida en este estudio refleja el contenido que puede estar presente en otras escalas para medir autoeficacia (Dijkstra & De Vries, 2000; Fagan et al. 2003; Gwaltney et al., 2001; López & Moral, 2001; Martín et al., 1995; Oei et al., 2007; Oei & Morawska, 2004; Palacios, 2010; Palacios & Parrao, 2010; Sitharthan et al., 2003; Young et al., 2007) pero se diferencia de éstos ya que solo miden una conducta específica y no lo hacen en un contexto o situación en particular; además en el presente estudio se obtiene una dimensión no contemplada en los estudios arriba señalados (autoeficacia para evitar daños a la salud). A pesar de haber obtenido esta dimensión, el análisis de los ítems realizados para medir la autoeficacia ante el intento de suicidio quedaron referidos a la salud en general y no al intento suicida como se planteó en un inicio. Por otro lado, la incorporación de ítems elaborados para medir la autoeficacia ante la conducta antisocial añade dimensionalidad a los instrumentos que regularmente evalúan autoeficacia para rechazar consumir sustancias adictivas y permite a la vez entender en un futuro la posible asociación entre la capacidad para rechazar consumir drogas y la capacidad para evitar realizar actos antisociales, elementos que no se habían considerado previamente en otros estudios. Se propone que, con la finalidad de medir de forma más pre-

Tabla 4
Diferencias entre hombres y mujeres en autoeficacia ante conductas de riesgo

	Hombre		Mujer		t	η^2
	M	DT	M	DT		
Autoeficacia tabaco	31.60	5.4	32.79	5.0	3.27**	.013
Autoeficacia alcohol	37.21	6.6	39.42	5.8	5.12***	.031
Autoeficacia drogas	18.55	2.3	19.16	2.0	3.99***	.019
Autoeficacia daños a la salud	20.22	3.2	20.99	3.1	3.50***	.014
Autoeficacia conducta sexual	15.98	3.4	19.03	1.8	15.78***	.241
Autoeficacia conducta antisocial	24.69	2.8	25.58	2.5	4.83***	.027

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

cisa la autoeficacia ante el intento suicida y mejorar la confiabilidad de la autoeficacia ante los actos antisociales, se añadan nuevos ítems a estas dimensiones para corroborar su estructura conceptual y factorial.

La evidencia encontrada provee apoyo a la validez factorial de la autoeficacia relacionada a las conductas de riesgo de forma consistente con la teoría de social cognitiva y con la autoeficacia (Bandura, 1977, 1987, 1997, 2005), debido a que los resultados obtenidos indican que los adolescentes pueden evitar involucrarse en conductas de riesgo a través de diferentes situaciones o contextos, medidos por medio de seis dimensiones. Los ítems fueron desarrollados para medir la autoeficacia ante distintas conductas de riesgo y estuvieron diseñados para incluir una serie de situaciones o contextos bajo los cuales los adolescentes se pueden encontrar cuando incurrir en estos comportamientos.

La confiabilidad basada en la consistencia interna de los resultados muestra que se obtuvieron índices de confiabilidad entre .71 y .92, considerados adecuados, indicando que los adolescentes evaluados son coherentes a través de los diferentes ítems que forman cada una de las subescalas elaboradas para medir autoeficacia. Respecto a la validez de constructo obtenida mediante la estructura factorial, se aprecia que en esta primera fase de desarrollo existe congruencia conceptual entre las variables y entre los factores obtenidos. La evidencia de validez factorial reafirma el planteamiento conceptual y la validez de constructo de los ítems tal y como han sido evaluados en la presente investigación.

Con base en los resultados obtenidos se puede observar que se obtuvo un instrumento que cuenta con propiedades psicométricas adecuadas de validez de constructo, validez factorial, confiabilidad y varianza explicada que permite distinguir seis formas diferenciales que reflejan la capacidad para evitar o rechazar conductas de riesgo.

A pesar de que puede ser difícil la comparación del instrumento obtenido en el presente estudio con los otros instrumentos desarrollados para medir autoeficacia ante conductas de riesgo (Dijkstra & De Vries, 2000; Fagan et al., 2003; Gwaltney et al., 2001; López & Moral, 2001; Martín et al., 1995; Oei et al., 2007; Oei & Morawska, 2004; Palacios, 2010, Palacios & Parrao, 2010, Sitharthan et al., 2003; Young et al., 2007), los hallazgos encontrados demuestran que este instrumento puede medir el constructo de una forma multidimensional conservando los principios de la teoría social cognitiva (Bandura, 1977, 1997, 2005) y obteniendo propiedades psicométricas adecuadas. Adicionalmente, las comparaciones entre hombres y mujeres parecen apuntar a que las mujeres tienen una mayor capacidad para evitar conductas que pueden poner en riesgo su salud, específicamente ante las relaciones sexuales sin el uso del condón, debido a que en términos generales en nuestra cultura se fomenta que las mujeres no tengan actividad sexual, no siendo así para los hombres, en donde se valora que lleven acabo este tipo de comportamiento. Otra posible explicación a las diferencias a favor de las mujeres en la autoeficacia y particularmente ante la conducta sexual de riesgo está en función de los elementos culturales, contextuales y de socialización que les sirven de modelo para realizar su comportamiento y por lo tanto sean resultado de su aprendizaje.

La relevancia y el aporte del estudio realizado se fundamenta por un lado en obtener una escala con adecuadas propiedades psicométricas para medir la autoeficacia ante conductas de riesgo de una manera válida, confiable y culturalmente sensible para medir este tipo de autoeficacia en adolescentes mexicanos, que puede ser utilizado en culturas similares (latinoamérica e iberoamérica) y, por el otro, la incorporación de situaciones o contextos específicos bajo los cuales se pueden realizar estas conductas. Lo encontrado en este instrumento permitirá en un futuro conocer la asociación de la autoeficacia con cada una de las conductas de riesgo (considerando cada indicador que la componen), debido a que la autoeficacia tiene un rol clave en el funcionamiento de las personas (Palacios, 2009, 2011), ya que no solo afecta la conducta de forma directa sino porque impacta en

sus determinantes y a su vez influye en los cursos de acción de los individuos para elegir o no un comportamiento (Bandura, 2005) que puede afectar su vida futura.

La escala obtenida puede tener implicaciones clínicas y ser útil para la elaboración y evaluación de personas que consumen o quienes se encuentran bajo tratamiento para dejar de consumir alguna sustancia adictiva, ya que por lo regular se observa que los consumidores tienen menos confianza en su habilidad para resistir o abstenerse de consumir sustancias adictivas (Gwaltney et al., 2001; Palacios, 2010, 2011).

Por último, se debe tener en cuenta que estos resultados no se pueden generalizar a toda la población adolescente, sino que reflejan lo que está pasando en una muestra de jóvenes de educación media superior y que para corroborar los resultados obtenidos se puede obtener su validez confirmatoria, así como la validez predictiva en otras muestras al conocer la influencia de este instrumento con conductas de riesgo que realizan los jóvenes y confirmar los hallazgos obtenidos en este estudio.

Conflicto de intereses

El autor de este artículo declara que no tiene ningún conflicto de intereses.

Referencias

- Alfaro, M. L. y Ponce de León, T. M. (2004). Valores, orientación al futuro y autoeficacia para evitar adicciones en adolescentes. *La Psicología Social en México*, 10, 425–432.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191–215.
- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y acción: fundamentos sociales*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bandura, A. (1994). Social cognitive theory and exercise of control over HIV infection. En R. J. DiClemente y J. L. Peterson (Eds.), *Preventing AIDS theories and methods of behavioral interventions* (pp. 89–116). New York: Plenum Press.
- Bandura, A. (1997). *Self-Efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bandura, A. (1999). A sociocognitive analysis of substance abuse: An agentic perspective. *Psychological Science*, 10, 214–217.
- Bandura, A. (2005). Guide for constructing self-efficacy scales. En F. Pajares y T. Urdan (Eds.), *Self-efficacy beliefs of adolescents* (vol. 5, pp. 307–337). Greenwich, CT: Information Age Publishing.
- Bandura, A., Caprara, G. V., Barbaranelli, C., Pastorelli, C. y Regalia, C. (2001). Sociocognitive Self-Regulatory Mechanisms Governing Transgressive Behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 125–135.
- Bandura, A. y Walters, R. H. (1983). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Madrid: Alianza Universidad.
- Cabrera, A. A., Olvera, L. M. y Robles, M. (2006). Entrenamiento en el uso correcto del condón y su relación con la autoeficacia percibida para usarlo. En A. R. Sánchez, R. Díaz-Loving, y A. S. Rivera (Eds.), *La Psicología Social en México* (pp. 205–211). México: AMEPSO.
- Caprara, G. V., Scabini, E., Barbaranelli, C., Pastorelli, C. y Bandura, A. (1998). Impact of Adolescents' Perceived Self-Regulatory Efficacy on Familial communication and antisocial conduct. *European Psychologist*, 3, 125–132.
- Carvajal, S. C. y Granillo, T. M. (2006). A prospective test of distal and proximal determinants of smoking initiation in early adolescents. *Addictive Behaviors*, 31, 649–660.
- Chewning, B., Douglas, J., Kokotailo, P., La Court, J., Clair, D., Spec, M. y Wilson, D. (2001). Protective factors associated with American Indian Adolescents' safer sexual patterns. *Maternal and Child Health Journal*, 5, 273–280.
- Díaz-Loving, R. (1998). Contributions of Mexican ethnopsychology to the resolution of the etic-emic dilemma in personality. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 29, 114–118.
- Dieserud, G., Røysamb, E., Ekeberg, O. y Kraft, P. (2001). Toward an Integrative Model of Suicide Attempt: A Cognitive Psychological Approach. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 31, 153–168.
- Dijkstra, A. y De Vries, H. (2000). Clusters of precontemplating smokers defined by the perceptions of the pros, cons and self-efficacy. *Addictive Behaviors*, 25, 373–385.
- Dolan, S. L., Martin, R. y Rohsenow, D. J. (2008). Self-efficacy for cocaine abstinence: Pretreatment correlates and relationship to outcomes. *Addictive Behaviors*, 33, 675–688.
- Engels, R. C., Hale, W., Noom, M. y De Vries, H. (2005). Self-efficacy and emotional adjustment as precursors of smoking in early adolescence. *Substance Use & Misuse*, 40, 1883–1893.
- Fagan, P., Eisenberg, M., Frazier, L., Stoddard, A. M., Avrunin, J. y Sorensen, G. (2003). Employed adolescents and beliefs about self-efficacy to avoid smoking. *Addictive Behaviors*, 28, 613–626.
- Fuentes, M. C., García, F., Gracia, E. y Lila, M. (2011a). Autoconcepto y consumo de sustancias en la adolescencia. *Adicciones*, 23, 237–248.

- Fuentes, M. C., García, J. F., Gracia, E. y Lila, M. (2011b). Autoconcepto y ajuste psicosocial en la adolescencia. *Psicothema*, 23, 7-12.
- Gracia, E., Fuentes, M. C. y García, F. (2010). Barrios de riesgo, estilos de socialización parental y problemas de conducta en adolescentes. *Intervención Psicosocial*, 19, 265-278. doi: 10.5093/in2010v19n3a7
- Gilles, D. M., Turk, C. L. y Fresco, D. M. (2006). Social anxiety, alcohol expectancies, and self-efficacy as predictors of heavy drinking in college students. *Addictive Behaviors*, 31, 388-398.
- Gwaltney, C., Shiffman, S., Norman, G., Paty, Kassel, J., Gnys, M., ... Balanbis, M. (2001). Does smoking abstinence self efficacy vary across situations? Identifying context-specificity with the relapse situation efficacy questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 516-527.
- Hair, J., Anderson, R., Tatham, R. y Black, W. (1999). *Análisis Multivariante* (5ª Ed). Madrid: Prentice Hall.
- Kaslow, N. J., Thompson, M. P., Okun, A., Price, A., Young, S., Bender, M., ... Parker, R. (2002). Risk and protective factors for suicidal behavior in abused African American women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 311-319.
- López, R. F. y Moral, R. J. (2001). Validación de una escala de autoeficacia para la prevención del sida en adolescentes. *Salud Pública*, 43, 421-432.
- Martín, G., Wilkinson, G. A. y Poulos, C. X. (1995). The drug avoidance self-efficacy scale. *Journal of Substance Abuse*, 7, 151-163.
- Oei, T. P., Hasking, P. y Phillips, L. (2007). A comparison of general self-efficacy and drinking refusal self-efficacy in predicting drinking behavior. *American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 33, 833-841.
- Oei, T. P. y Morawska, A. (2004). A cognitive model of binge drinking: The influence of alcohol expectancies and drinking refusal self-efficacy. *Addictive Behaviors*, 29, 159-179.
- Palacios, D. J. (2009). *Modelo biopsicosocial de las conductas de riesgo* (tesis de doctorado, no publicada). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Palacios, D. J. (2010). Autoeficacia e intención conductual del consumo de tabaco en adolescentes: validez factorial y relación estructural. *Adicciones*, 22, 325-330.
- Palacios, D. J. (2011). *Las conductas de riesgo del adolescente*. México: Centro de Investigación e Innovación Biopsicosocial, AC.
- Palacios, D. J. (2014, septiembre). *Evaluación de los rasgos de personalidad del mexicano*. Segundo Coloquio de Psicología efectuado en la Universidad Humanitas, Mexico
- Palacios, D. J. y Bustos, A. J. M. (2012a). Modelo de autoeficacia y habilidades ambientales como predictores de la intención y disposición proambiental en jóvenes. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 14(2), 143-163.
- Palacios, D. J. y Bustos, A. J. M. (2012b). La teoría como promotor para el desarrollo de intervenciones psicoambientales. *Psychosocial Intervention*, 21, 245-257.
- Palacios, D. J. y Bustos, A. J. M. (2012c). La teoría social cognoscitiva para promover conducta proambiental: evaluación de constructos. En R. Díaz-Loving, A. S. Rivera y L. I. Reyes (Eds.), *La Psicología Social en México* (vol. 14, pp. 12-17). México: AMEPSO.
- Palacios, D. J. y Bustos, A. J. M. (2013). Validez factorial de la autoeficacia ambiental y su influencia estructural sobre la conducta proambiental en jóvenes. *Revista Iberoamericana de Evaluación en Psicología*, 35(1), 95-111.
- Palacios, D. J. y Parrao, L. M. (2010). Intención, habilidades y eficacia para predecir el uso del condón. En A. S. Rivera, R. Díaz-Loving, A. R. Sánchez y L. I. Reyes (Eds.), *La Psicología Social en México* (vol. 13, pp. 267-272). México: AMEPSO.
- Pérez, C. (2004). *Técnicas de análisis multivariante de datos*. España: Pearsons Education.
- Pérez, G. A., Bermúdez, M. J. y Sanjuán S. P. (2000). Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema*, 12(Supl. 2), 509-513.
- Ponce de León, T. M. y Alfaro, M. L. (2002). El hábito de fumar entre los adolescentes y su forma de enfrentar las adicciones. *La Psicología Social en México*, 9, 398-404.
- Robles, M. S., Barroso, V. R., Frías, A., Rodríguez, C. M., Moreno, R. D., Díaz, G. y Rodríguez, C. M. (2004). Factores conductuales relacionados con la autoeficacia para usar correctamente el condón. *La Psicología Social en México*, 10, 439-446.
- Sanderson, C. A. y Yopyk, D. J. (2007). Improving Condom Use Intentions and Behavior by Changing Perceived Partner Norms: An Evaluation of Condom Promotion Videos for College Students. *Health Psychology*, 26, 481-487.
- Schonfield, P., Pattison, P. E., Hill, D. J. y Borland, R. (2003). Youth culture and smoking: Integrating social group processes and individual cognitive processes in a model of health-related. *Journal of Health Psychology*, 8, 291-306.
- Sitharthan, T., Job, R. F., Kavanagh, D. J., Sitharthan, G. y Hough, M. (2003). Development of a Controlled Drinking Self-Efficacy Scale and appraising its relation to alcohol dependence. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 351-362.
- Young, R., Hasking, P. A., Oei, T. P. S y Loveday, W. (2007). Validation of the Drinking Refusal Self-Efficacy Questionnaire--Revised in an Adolescent Sample (DRSEQ-RA). *Addictive Behaviors*, 32, 862-868.
- Zimmerman, B. J., Bandura, A. y Martinez-Pons, M. (1992). Self-motivation for academic attainment: The role of self-efficacy beliefs and personal goal-setting. *American Educational Research Journal*, 29, 663-676.