



Universidad de Concepción
Dirección de Postgrado
Facultad de Ciencias Sociales-Programa de Magíster en Psicología

Influencia de la autoeficacia y el apoyo social sobre el consumo de alcohol en estudiantes universitarios

Tesis para optar al grado de Magíster en Psicología mención
Psicología de la Salud.

FERNANDA MARGARITA PARRA RIVEROS
CONCEPCIÓN-CHILE

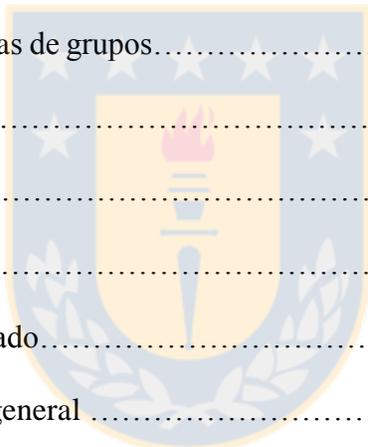
Julio 2018

Profesor Guía: Enrique Barra Almagiá
Dpto. de Psicología, Facultad de Ciencias Sociales
Universidad de Concepción

Tabla de contenido

Índice de Tablas.....	iv
Resumen.....	v
1. Introducción.....	1
2. Marco teórico.....	5
2.1. Consumo de alcohol en estudiantes universitarios.....	5
2.2. Apoyo social y consumo de alcohol.....	7
2.3. Autoeficacia y consumo de alcohol.....	11
3. Planteamiento del problema de investigación.....	18
3.1. Pregunta de investigación.....	18
3.2. Objetivo general.....	18
3.3. Objetivos específicos.....	18
3.4. Hipótesis.....	18
3.5. Definición de variables.....	19
3.5.1. Autoeficacia.....	19
3.5.2. Apoyo social.....	19
3.5.3. Consumo de alcohol.....	19
4. Método.....	20
4.1. Diseño de investigación.....	20
4.2. Participantes.....	20
4.3. Instrumentos.....	21
4.3.1. Escala de Autoeficacia Generalizada.....	21
4.3.2. Escala Multidimensional de Apoyo Social.....	22
4.3.3. Test de Identificación de los Trastornos debido al Consumo de Alcohol.....	

(AUDIT).....	23
4.4. Procedimiento.....	23
4.5. Aspectos éticos.....	24
4.6. Análisis de datos.....	25
5. Resultados.....	26
5.1. Análisis descriptivo.....	26
5.2. Análisis bivariado.....	27
5.3. Análisis multivariado.....	29
5.4. Análisis de diferencias de grupos.....	30
6. Discusión.....	32
7. Referencias.....	37
8. Anexos.....	47
I. Consentimiento informado.....	47
II. Escala de autoeficacia general.....	48
III. Escala multidimensional de apoyo social.....	49
IV. Test de identificación de trastornos por consumo de alcohol.....	50



Índice de tablas

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de las distintas variables.....	26
Tabla 2. Correlaciones entre las variables en la muestra total.....	27
Tabla 3. Correlaciones entre las variables en cada área de estudios.....	28
Tabla 4. Coeficientes de regresión en la muestra total.....	29
Tabla 5. Coeficientes de regresión en estudiantes de Ingeniería.....	29
Tabla 6. Coeficientes de regresión en estudiantes de Ciencias Sociales.....	30
Tabla 7. Diferencias de género en las variables estudiadas	31



RESUMEN

El presente estudio buscó evaluar la influencia de la autoeficacia y el apoyo social sobre el consumo de alcohol en estudiantes de la Universidad de Concepción. El método propuesto fue de abordaje cuantitativo, descriptivo, correlacional y transversal. La muestra estuvo constituida por 248 estudiantes de la Universidad de Concepción pertenecientes a las facultades de Ciencias Sociales y de Ingeniería, con una media de edad de 20.9 años. Para el análisis de datos se utilizaron estadísticos descriptivos, análisis correlacional, regresión lineal múltiple y prueba t, con apoyo del programa SPSS (versión 23). Los resultados mostraron que los universitarios presentaban niveles altos de apoyo social y autoeficacia, y niveles similares a la población nacional de consumo de alcohol. Se encontró que el consumo de alcohol no se relacionaba significativamente con el apoyo social general y que presentaba una relación positiva significativa con la autoeficacia en los estudiantes de Ingeniería y no en los de Ciencias Sociales. La autoeficacia mostró una influencia significativa positiva sobre el consumo de alcohol sólo en los estudiantes de Ingeniería. La comparación por sexo mostró que existían diferencias significativas a favor de los hombres en consumo de alcohol y autoeficacia, y a favor de las mujeres en apoyo social de amigos. . Se proponen posibles explicaciones para los resultados obtenidos.

1. INTRODUCCIÓN.

El paso del colegio a la universidad constituye un cambio importante para los jóvenes, tanto en términos sociales como académicos. El sistema universitario requiere de ellos una mayor autonomía, adecuada distribución del tiempo personal, seguridad en la toma de decisiones y adaptación a la nueva cultura organizacional, lo cual afecta su estilo de vida (Lange & Vio, 2006).

En términos evolutivos, muchos de estos estudiantes se encuentran en la adolescencia tardía, etapa de transición de la adolescencia a la edad adulta. Este período de moratoria psicosocial que ofrece la sociedad al joven, prolonga la adolescencia, permitiéndole ubicarse paulatinamente dentro de la sociedad. Es por ello que las exigencias de estudio y perfeccionamiento, en algunos niveles sociales, contribuyen a extender dicho período (Carrasco & Osses, 2005).

Diversos autores han mostrado preocupación por la salud mental de los estudiantes universitarios, argumentando que el conjunto de actividades académicas a las cuales se ven expuestos, pueden influir en su bienestar físico y psicológico, llegando incluso a contribuir a la aparición de cuadros ansiosos o depresivos (Bagés et al., 2008).

Por otra parte, el mundo universitario se encuentra cargado de una tensión simbólica dada por el tránsito a una vida adulta, donde comienzan a evaluar las oportunidades y los riesgos que cada toma de decisión implica. Según Vázquez (2004, en CONACE, 2008) los estudiantes se ven expuestos a una cultura universitaria que está compuesta por códigos y características propias, dentro de las cuales se encontraría el consumo de sustancias, que estaría dado como parte del contexto y del estatus de estudiante universitario, por lo que 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.

Existen ritos que son característicos de la vida universitaria que culminan generalmente en fiestas, por lo que el consumo de drogas forma parte de la cultura, siendo el cigarrillo y el alcohol los más consumidos por los estudiantes (CONACE, 2008).

El concepto de droga puede ser entendido como toda sustancia que introducida en un organismo vivo por cualquier vía (inhalación, ingestión, intramuscular, endovenosa, etc.) es capaz de actuar sobre el sistema nervioso central, provocando una alteración física y/o psicológica, la experimentación de nuevas sensaciones o la modificación de un estado psíquico, es decir, de cambiar el comportamiento del sujeto, además de poseer la capacidad de generar dependencia y tolerancia en quienes la consumen (Organización Mundial de la Salud, 2008). Esto incluye sustancias cuya producción y comercialización son ilegales (como la marihuana, cocaína, pasta base, entre otras), al igual que sustancias legales de consumo habitual como el alcohol o el tabaco y fármacos de prescripción médica, que pueden ser objeto de un uso abusivo.

Los estudiantes universitarios presentan un 63% de consumo de alcohol al mes (CONACE, 2008), cifra que está sobre el consumo general de la población. El consumo de alcohol en jóvenes universitarios trae consecuencias negativas o alteraciones en la vida, tanto en la relación con la familia, compañeros y profesores, como un bajo rendimiento académico, 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 etario (García, Lima, Aldana, Casanova y Feliciano, 2004).

En algunos casos, el consumo de alcohol es una estrategia para afrontar los estresores propios de la vida académica, a pesar de los efectos nocivos conocidos del alcohol sobre el desempeño cognitivo (Thoma et al., 2011).

Dados los altos índices de consumo, 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 formulación de una política y plan nacional del control de drogas vigente desde 1993, la formulación de la ley de drogas N°19.366 de 1995 y la implementación de un sistema de coordinación, ejecución de programas e información y sensibilización ciudadana (Becerra et. Al., 2003).

El inicio en el consumo de alcohol se sitúa generalmente en la etapa de la adolescencia, alrededor de los 13 y 14 años en Chile (Ramírez & Heller, 2016). Por lo cual un estudio con universitarios ofrece la posibilidad de indagar no sólo la cuestión del inicio al consumo, sino las variables que se relacionan con el mantenimiento de éste.

Los factores asociados al consumo en jóvenes no pueden considerarse en forma aislada, ya que el consumo de alcohol, como cualquier otro comportamiento humano, implica una interacción dinámica entre el individuo, la bebida alcohólica, las situaciones personales y las situaciones que involucran a terceras personas en su entorno (Cicua, Méndez y Muñoz (2010).

La mayor o menor adaptación del estudiante al contexto universitario va a venir determinada, en gran medida, por la cantidad de recursos de los que dispone para afrontar los cambios asociados. Algunos factores psicológicos que han sido relacionados con el consumo de alcohol son la autoeficacia y el apoyo social, sin embargo, en nuestro medio existen escasos estudios al respecto. Por lo tanto, como una manera de poder comprender y obtener mayor información, este estudio estará orientado a examinar la relación de la autoeficacia y el apoyo social con el consumo de alcohol en estudiantes universitarios.



2. MARCO TEÓRICO.

2.1. Consumo de alcohol en estudiantes universitarios.

El consumo excesivo de alcohol es un problema de salud pública en la actualidad, debido a las consecuencias sociales, económicas, familiares y de salud que esto conlleva.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) el alcohol es una sustancia psicoactiva con propiedades causantes de dependencia. El consumo de alcohol puede describirse en términos de gramos de alcohol consumido o por el contenido alcohólico de las distintas bebidas, en forma de unidades de bebida estándar (Anderson, Gual & Colon, 2008).

El alcohol es la droga legal y social más antigua, su forma de consumo ya sea como conducta individual, familiar o cultural, se encuentra influida por creencias, percepciones, hábitos y significados atribuibles a sus efectos euforizantes, afrodisíacos, relajantes, inductores del sueño y ansiolíticos (Hinojosa, Alonso & Castillo, 2012).

El consumo de alcohol ha existido en todas las culturas desde épocas inmemoriales, y se expandió considerablemente a partir de la segunda mitad del siglo XX, configurando un verdadero fenómeno de masas y un grave problema para la salud pública (Ramírez & Andrade, 2005).

Según el informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2008) el consumo de alcohol es el primer factor de riesgo para la salud en los países en desarrollo y el tercero en los países desarrollados, por lo que constituye una amenaza para la salud pública en la medida en que genera consecuencias negativas en todos los niveles, tanto biológico, físico y psicológico en quienes lo consumen.

En Chile se creó en el año 1990 el Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (CONACE), dependiente del Ministerio del Interior, cuyo objetivo principal fue implementar políticas públicas en torno al problema de las drogas y alcohol, para prevenir el consumo y tráfico de sustancias ilícitas en el país (CONACE, 2006),

La creciente preocupación por las alteraciones de la salud mental llevó al gobierno del país, a través del Ministerio de Salud, a establecer un Programa Nacional de Salud Mental en el año 2000, el que dentro de sus programas asume el problema del consumo de drogas y alcohol como un tema prioritario, especialmente en la población en edad escolar (CONACE, 2005). Desde el año 2011 funciona como Servicio Nacional para la Prevención y Rehabilitación del Consumo de Drogas y Alcohol (SENDA).

En el décimo segundo estudio nacional de drogas realizado por SENDA en nuestro país, se observa que la prevalencia de consumo de alcohol en el tramo de edad de 19 a 25 años es de 56.7 % en el año 2016, lo que ha aumentado con respecto al estudio anterior realizado el 2014 donde se observa una prevalencia de 53.8 % (Observatorio Chileno de Drogas, 2017). Además, el uso de alcohol es particularmente crítico en el grupo etario de 20 a 39 años, donde un 25% de las defunciones son atribuibles al consumo de alcohol (OMS, 2018).

Cabe destacar el impacto a nivel biológico que provoca el consumo de alcohol en el organismo, ya que es una sustancia psicoactiva que hace parte del grupo de depresores del sistema nervioso central, razón por la cual en quienes consumen se observa una disminución del estado de conciencia, de la capacidad de respuesta a la estimulación sensorial, de la espontaneidad, de la actividad física y un bajo funcionamiento cognitivo (Gantiva & Flórez, 2006).

Entre las explicaciones de por qué ocurre el consumo de alcohol en jóvenes, se encuentran algunas centradas en el reforzamiento de tal conducta por sus efectos valorados positivamente y otras de corte más social que aluden a la aceptación que busca el joven de sus pares. No obstante, ninguna de ellas ha sido suficiente para dar cuenta de dicho comportamiento que además de ser complejo es multicausado, lo que aleja más la posibilidad de plantear estrategias para reducir el consumo de alcohol y prevenir su inicio (Londoño & Vinaccia, 2014). Es por ello que se han planteado algunas variables que podrían jugar un rol importante en el consumo de alcohol, entre ellas la autoeficacia y el apoyo social, las cuales se revisan a continuación.

2.2. Apoyo social y consumo de alcohol.

Para poder comprender el significado del apoyo social, se debe realizar una distinción con el concepto de red social. Para Vega y González (2009) red social hace referencia a las características estructurales u objetivas de las relaciones sociales, tales como el tamaño, densidad y dispersión geográfica, así como las características de los contactos y los vínculos sociales que se establecen con estos. Cuando se establecen vínculos con las redes sociales, estas se convierten en sistemas de apoyo social, los cuales constituyen un elemento indispensable para la salud, ajuste y bienestar del individuo.

Cabe señalar que el concepto de apoyo social ha tenido múltiples definiciones que hacen alusión a distintos aspectos. Según González (2001) el apoyo social está conformado por los sujetos significativos cercanos al individuo constituyendo su ambiente social primario como lo son los miembros de la familia nuclear, amigos, vecinos, compañeros de trabajo y conocidos de la comunidad.

Pérez y Martín (2004) describen el término como una variable moduladora del estrés, entendiéndolo como la información que permite a las personas creer que son estimadas y que existe preocupación y provisión de asistencia hacia ellas, situación que contribuye a un mantenimiento de la integridad tanto a nivel físico como a nivel psicológico.

Para Gracia y Herrero (2006) el apoyo social hace referencia al conjunto de aportaciones de tipo emocional, material, informacional o de compañía que la persona percibe o recibe de distintos miembros de su red social.

También se ha definido el apoyo social como un metaconstructo, conformado por diversos subconstructos o dimensiones del mismo, los cuales se pueden clasificar en recursos de la red de apoyo (tamaño, estructura y el tipo de relaciones características), actos de apoyo específicos (escuchar, confortar, prestar dinero, socializar o ayudar en determinadas tareas) y evaluación subjetiva del apoyo (percepciones y/o creencias del individuo de que está incluido, cuidado, respetado y que es tenido en cuenta en sus necesidades) (Gómez, Pérez & Vila, 2001).

Por otro lado, se debe realiza una distinción entre apoyo social recibido y percibido. El recibido se refiere a la dimensión objetiva, es decir la cantidad de ayuda que la persona ha recibido en un periodo de tiempo determinado, mientras que el apoyo percibido hace referencia a la dimensión subjetiva, compuesta por la cognición y la evaluación del apoyo, en función de la valoración que hace el individuo de las fuentes de apoyo y del apoyo percibido en cuanto a la satisfacción y adecuación a sus necesidades (Orcasita & Uribe, 2010).

En cuanto a las dimensiones que constituyen el concepto de apoyo social se puede distinguir el apoyo emocional entendido como la posibilidad de compartir sentimientos, pensamientos y experiencias personales, desempeñando un importante rol en el fomento y mantenimiento de la salud y el bienestar de las personas; el apoyo informativo consiste en la provisión de consejo o guía para ayudar a las personas a resolver sus problemas y el apoyo instrumental, definido como la prestación de ayuda material directa o servicios (Gracia & Herrero, 2006). Cada tipo de apoyo responde a las diferentes funciones del apoyo social y se relaciona con necesidades específicas.

Por otro lado, el apoyo social tiene dos funciones principales, una función instrumental que alude a la medida en que las relaciones sociales son un medio para conseguir una meta como pudiese ser la búsqueda de trabajo o dinero, y una función expresiva que considera las relaciones sociales como un fin o un medio en sí mismas, caracterizadas por la presencia de afectos y emociones como puede ser pedir un consejo, compartir sentimientos, etc. (Gracia & Herrero, 2006).

Disponer de personas de confianza a las que poder expresar emociones, problemas o dificultades, escuchar su opinión, o simplemente tener la sensación de ser escuchados y aceptados como personas, ha demostrado tener un fuerte impacto tanto en la autoestima como en la capacidad de la persona para afrontar adecuadamente situaciones difíciles y estresantes (Musito & Cava, 2003).

De acuerdo con Gracia y Herrero (2006), la calidad de la relación que los jóvenes mantienen con sus fuentes de apoyo próximas y de confianza, es considerada como el mejor predictor de ajuste psicosocial. La mayor o menor adaptación de los jóvenes va a venir

determinada, en gran medida por la cantidad de recursos de los que dispone para afrontar estos cambios. En este sentido, uno de los principales recursos de que dispone el adolescente para enfrentar cambios y situaciones nuevas es el apoyo que percibe de su red social (Musitu & Cava, 2003).

La percepción de una falta de apoyo social se ha visualizado como un factor de riesgo relacionado con el consumo de alcohol (Catalá-Miñana, Lila & Oliver, 2013). Por un lado, un alto apoyo familiar se asocia negativamente con el consumo de alcohol, tabaco y cannabis, y además presenta efectos moderadores del efecto negativo que otras variables tienen en el consumo de alcohol (Catanzaro & Laurent, 2004). Villarreal, Sánchez y Musitu (2012) señalan que el apoyo social se relaciona indirectamente con el consumo de alcohol en adolescentes a través del funcionamiento familiar. En la misma línea, estudios muestran que existe una correlación negativa y significativa entre el consumo de alcohol y el apoyo proveniente de los padres (Musitu & Cava, 2003; Jiménez, Musitu & Murgui, 2006).

El impacto del apoyo familiar ocurre desde temprana edad, ya que según Duffy (2014), dentro de los factores protectores del consumo de alcohol en niños y adolescentes se encuentran el apoyo social, el monitoreo parental y la adecuada comunicación e interacción entre la díada padre e hijo.

En esta etapa del ciclo vital, no solo las relaciones familiares son las fuentes más relevantes de apoyo social para los jóvenes. Es necesario tener en cuenta que es en este periodo cuando comienzan a tener una importancia creciente las relaciones interpersonales que se desarrollan fuera del contexto familiar (Musitu, Jiménez & Murgui 2007). Y un aspecto muy interesante es que se ha planteado que cuando el apoyo recibido es extra familiar

existe una relación positiva con el consumo de drogas (Musitu & Cava, 2003; Musitu et al., 2007; Villarreal, Sánchez, Musitu & Varela, 2010).

En relación al impacto del apoyo social en el tratamiento del consumo de drogas, Blanco y Jiménez (2015) señalan que el apoyo social percibido específicamente el familiar, constituye un factor protector para que los adolescentes no recaigan en el consumo de drogas. En estudios que miden la importancia del apoyo social en la abstinencia del consumo de drogas, se observa que el apoyo social tuvo un efecto protector contra la recurrencia del consumo (Garmendia, Alvarado, Montenegro & Pino, 2008). De la misma manera Pedroncini (2015) observó que las personas que eran más vulnerables a sufrir recaídas en el consumo de drogas, eran aquellos que tenían estilos parentales rígidos o negativos y percibían un menor apoyo social.

Por lo tanto, el apoyo social juega un importante papel en los programas de prevención, tratamiento y rehabilitación ya que puede proveer a los individuos herramientas psicosociales para conservar la integridad física y psicológica.

2.3. Autoeficacia y consumo de alcohol.

La teoría de la autoeficacia es una propuesta realizada por Albert Bandura como modelo unificador para explicar el cambio conductual, donde interpreta la motivación como una actividad que se manifiesta de forma espontánea, sin necesidad de reducirla a una mera reacción ante un estímulo específico. Las creencias sobre nuestra autoeficacia influyen sobre nuestro modo de pensar, sentir, motivarnos y actuar. De manera que si alguien ha desarrollado la convicción en su propia capacidad de superar los retos que le plantea la vida, pensará que los puede superar, se sentirá seguro a la hora de emprender una tarea, la

motivación para el esfuerzo que tendrá que desarrollar será alta y llevará a cabo las acciones necesarias para conseguirlo (Martínez, Pedrão, Alonso, López & Oliva, 2008).

La teoría de la autoeficacia tiene como núcleo central las percepciones que tienen los individuos de su capacidad de actuar. La autoeficacia percibida afecta a los propios niveles de motivación y de logro del individuo a través de su capacidad para afrontar los cambios de vida. Esta teoría se basa en la distinción conceptual realizada por Bandura en 1977, diferenciando expectativas de eficacia y de resultados: la expectativa de eficacia es la convicción de que uno puede ejecutar con éxito una conducta para producir determinados resultados, y las expectativas de resultado son las estimaciones hechas por una persona respecto a que ciertas conductas van a conducir a determinados resultados (López, Salvador, Verdejo & Cobo, 2002).

Según Bandura (1997 en Ramírez & 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.

Tanto las expectativas de autoeficacia como de resultado intervienen en la habilidad de una persona para afrontar situaciones de alto riesgo. Dichas expectativas están influenciadas por creencias sociales y culturales, por la autoestima del individuo y por factores ambientales (López et al., 2002).

La autoeficacia puede definirse como la creencia que tiene una persona de poseer las capacidades para desempeñar las acciones necesarias que le permitan obtener los resultados deseados (Olivari y Urra, 2007). A su vez Pastorelli, et al. (2001) la definen como las

creencias estables que tiene un individuo acerca de su capacidad para producir determinados logros en las áreas relevantes según la etapa evolutiva en la que se encuentre.

La autoeficacia es el producto de la interacción de diversas fuentes: la experiencia anterior, la experiencia vicaria, la persuasión social y el estado fisiológico y afectivo. Estas fuentes generan distintas percepciones de autoeficacia que actúan a través de procesos cognitivos (imaginando metas, prediciendo dificultades), motivacionales (anticipando resultados posibles, planificando metas valoradas), afectivos (afrentamiento de situaciones estresantes, control de pensamientos negativos) y de selección de procesos (aproximación y evitación de determinadas situaciones) (Carrasco & Barrio, 2002).

Sanjuán, Pérez y Bermúdez (2000) realizan una distinción según el sentido en que se asume el concepto de autoeficacia. Según estos autores, es posible concebir la autoeficacia desde una perspectiva específica y desde una perspectiva general. La primera concepción se refiere a cómo un individuo puede manejar un estresor determinado. La segunda perspectiva hace referencia a la creencia estable que tiene un individuo sobre su capacidad para manejar adecuadamente una amplia gama de estresores de la vida cotidiana.

En el contexto de situaciones vitales estresantes, las creencias de eficacia pueden servir como recurso personal o factor de vulnerabilidad. Las personas con alto sentido de eficacia percibida confían en sus propias capacidades para dominar diferentes tipos de demandas ambientales, tienden a interpretar las demandas estresantes con confianza, se sienten motivados y juzgan los sucesos positivos como algo causado por el esfuerzo y los sucesos negativos como algo debido fundamentalmente a las circunstancias externas (Álvarez, 2011).

Por lo que 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 creen que no pueden controlar las situaciones a las que se enfrentan y estas creencias en conjunto con las emociones negativas asociadas a ellas, contribuirán a que la persona juzgue esas situaciones como estresantes y disminuyan las posibilidades de procesarlas adecuadamente (Cabanach, Valle, Rodríguez, Piñeiro & González, 2010).

Un alto nivel de autoeficacia permite que los individuos confíen más en sus propias capacidades, en cambio las personas con baja autoeficacia son susceptibles a dudar sobre sus capacidades (Martínez et. Al. 2008).

Además, altos niveles de autoeficacia se relacionan con estados de ánimo positivos, condiciones de salud favorables, menor cantidad de síntomas de distrés psicológico y mayor cumplimiento de las prescripciones médicas (Sarkar, Fisher & Schillinger, 2006).

Las expectativas de autoeficacia determinan, en gran medida, la elección de las actividades, el esfuerzo y la persistencia en las actividades elegidas, los patrones de pensamiento y las respuestas emocionales (López et. Al., 2002).

Se ha investigado la percepción de autoeficacia en distintas áreas como las de elección vocacional, comportamiento saludable, funcionamiento físico, consecución de metas, manejo de enfermedades crónicas, uso de drogas, conductas sexuales de riesgo, fumar, realizar ejercicio, bajar de peso, y también la habilidad para recuperarse de los problemas de salud o

evitar potenciales riesgos para la salud. Altos niveles de autoeficacia tienen consecuencias beneficiosas para el funcionamiento del individuo y su bienestar (Olivari, & Urra, 2007).

En el campo de las adicciones, el término autoeficacia se refiere a la expectativa del individuo de resistirse a la urgencia de consumir drogas en situaciones estresantes o de alto riesgo (Sklar, Annis y Turner, 1997). La autoeficacia percibida influye tanto en el desarrollo inicial de los hábitos adictivos como en el proceso de modificación de conducta de dichos hábitos y también en el mantenimiento de la abstinencia (Álvarez, 2011). Por lo que la autoeficacia es una variable de predicción y de protección frente al consumo de drogas (López, Bulas, Arroyo & Ramírez, 2005).

De acuerdo con Schippers (1991 en López et. Al., 2002), la teoría del aprendizaje social como teoría explicativa integradora del consumo de sustancias psicoactivas considera 5 postulados básicos que son aplicables tanto al inicio como al mantenimiento, abandono y recaída de las conductas adictivas. El primero consiste en que la conducta adictiva está mediada por las cogniciones, compuestas de expectativas, que son creencias sobre los efectos de la conducta de consumo. El segundo considera que estas cogniciones están acumuladas en el curso del desarrollo a través de la interacción social y de las experiencias con los efectos farmacológicos. El tercero señala que los principales determinantes del consumo son los significados funcionales de la conducta de consumo en relación con la eficacia esperada de conductas alternativas. El cuarto sostiene que los hábitos de consumo se desarrollan en el sentido de que cada episodio de consumo puede exacerbar la formación del hábito por el aumento del estrés y por limitar las opciones alternativas de conducta. Y el quinto especifica que la recuperación depende del desarrollo de habilidades de afrontamiento alternativas.

Así, los jóvenes que no consumen tabaco ni alcohol reportan altos niveles de autoeficacia, modulando las habilidades sociales. Además 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 un tratamiento (López et. Al., 2002).

Diclemente, Fairhurst y Piotrowski (1995, en López et. Al., 2002) destacan el papel de la autoeficacia percibida sobre las conductas adictivas. Describen cinco tipos de autovaloraciones de eficacia: la *autoeficacia de manejo*, referida a la confianza en la propia habilidad para manejar satisfactoriamente situaciones específicas como resistirse a las presiones de los amigos para consumir sustancias; la *autoeficacia para la conducta de tratamiento*, referida a la confianza del sujeto en su habilidad para ejecutar las tareas requeridas con el fin de lograr el cambio personal; la *autoeficacia de recuperación*, relativa a los juicios de la capacidad para recuperarse de las recaídas y los lapsos; la cuarta es la *autoeficacia de control*, se refiere a la capacidad percibida para controlar o moderar la conducta adictiva; y la *autoeficacia de abstinencia*, relativa a las propias capacidades percibidas para abstenerse del consumo de sustancias adictivas.

Galliher, Evans y Weiser (2007) en su estudio de predictores sociales e individuales del uso de sustancias en adolescentes estadounidenses nativos, reportaron una relación significativa y negativa entre autoeficacia y uso de drogas. En la misma línea Tijerina (2005) señala que existe una relación negativa y significativa en el consumo de alcohol en adolescentes. Ávila (2013) señala que los adolescentes que no consumen tienen más alta autoeficacia que aquellos que consumen.

En un estudio realizado con adolescentes en nuestro medio, se observó que sólo en las mujeres existía una relación significativa e inversa entre la conducta de fumar y las variables de autoeficacia y autoestima en el hogar (Olivari & Barra, 2005).

Castillo (2009) observó que los adolescentes clasificados como abstemios, que no presentan consumo de alcohol, tienen mayores niveles de autoeficacia de presión social, autoeficacia de alivio emocional y autoeficacia oportunista, que los alumnos bebedores.

Asímismo Saravia y Frech (2012) analizaron el consumo de drogas médicas sin prescripciones en escolares, donde se observó que a mayor autoeficacia existe una menor probabilidad de consumir tranquilizantes y estimulantes.

Engels, Hale, Noom y De Vries (2005) analizaron la asociación entre autoeficacia, autoestima y consumo de tabaco en 1861 estudiantes de secundaria. Los resultados muestran una asociación significativa y negativa entre autoeficacia y la conducta de fumar en hombres y mujeres. También Alonso et. Al. (2011) señalan que, si se fortalece la autoestima y la autoeficacia en programas de prevención de consumo de alcohol y tabaco con adolescentes, el consumo tiende a disminuir.

La autoeficacia se convierte en un constructo importante que debe ser tomado en cuenta para guiar las acciones de promoción de la salud y prevención del consumo de drogas y alcohol en jóvenes, por consiguiente si se tiene en cuenta este concepto se podrá conocer previamente la capacidad para iniciarse en el consumo de drogas, Es necesario incentivar la autoeficacia desde la más temprana edad y potencializarla en los grupos de adolescente con el fin de aumentar la capacidad del sujeto para afrontar los riesgos que la vida le presenta relacionados con el consumo de drogas (Melo, & Castanheira, 2010).

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.

3.1. Pregunta de investigación:

¿Cómo influye la autoeficacia y el apoyo social en el consumo de alcohol en estudiantes universitarios?

3.2. Objetivo general:

- Identificar la influencia de la autoeficacia y el apoyo social sobre el consumo de alcohol en estudiantes de la Universidad de Concepción.

3.3. Objetivos específicos:

1. Describir los niveles de autoeficacia, apoyo social y consumo de alcohol en los participantes del estudio.
2. Analizar la relación entre el apoyo social, la autoeficacia y el consumo de alcohol en los participantes del estudio.
3. Describir la influencia relativa de la autoeficacia y el apoyo social sobre el consumo de alcohol en los participantes del estudio.

5.1.Hipótesis:

H 1: La autoeficacia y el apoyo social familiar estarán negativamente relacionados con la conducta de consumo de alcohol de los estudiantes.

H 2: El apoyo social de amigos y de otros significativos estarán positivamente relacionados con la conducta de consumo de alcohol de los estudiantes.

H 3: La autoeficacia mostrará tener mayor influencia que el apoyo social sobre el consumo de alcohol en los estudiantes.

3.5. Definición de variables.

3.5.1. Auto-eficacia.

Tipo de variable: Independiente

Definición conceptual: creencias estables que tiene un individuo acerca de su capacidad para producir determinados logros en las áreas relevantes según la etapa evolutiva en la que se encuentre (Pastorelli, et al., 2001).

Definición operacional: Puntaje obtenido en Escala de Autoeficacia General

3.5.2. Apoyo social.

Tipo de variable: Independiente

Definición conceptual: Sentimiento de ser apreciado y valorado por otras personas y de pertenecer a una red social (Barra, 2004).

Definición operacional: Puntaje obtenido en la Escala Multidimensional de Apoyo Social

3.5.3. Consumo de alcohol.

Tipo de variable: Dependiente

Definición conceptual: Estatus de consumo de alcohol.

Definición operacional: Puntaje obtenido en los 3 primeros ítems del Test de Identificación de los Trastornos debido al Consumo de Alcohol (AUDIT)

4. MÉTODO.

5.1. Diseño de investigación.

Estudio descriptivo correlacional y de corte transversal mediante encuesta.

4.2. Participantes.

La muestra estuvo compuesta por 248 estudiantes de ambos sexos de la Universidad de Concepción, específicamente de las facultades de Ciencias Sociales y de Ingeniería. La edad de los participantes variaba entre 17 y 30 años, con una media de 20,9 (DS: 2,1), en cuanto al sexo, un 46% son mujeres y un 54% son hombres. En relación a la distribución de carreras universitarias, se observa que un 55,6% corresponde a estudiantes de la facultad de Ingeniería, y un 44,6% a la facultad de Ciencias Sociales.

En cuanto a las conductas relacionadas con el consumo de alcohol, el 16,5 % de los estudiantes se declaró no consumidor de alcohol, mientras que un 85,5 % se declaró consumidor de alcohol.

Se consideraron como criterios de inclusión la declaración de consentimiento a participar del estudio (Anexo I) y ser estudiantes regulares de pregrado de la Universidad de Concepción. El reclutamiento se realizó en las aulas de clases, de forma colectiva, invitando a participar de forma voluntaria a los estudiantes.

Además, se realizó una aplicación piloto a 33 alumnos de la Universidad de Concepción con el fin de evaluar las propiedades psicométricas de los instrumentos y la comprensión de las instrucciones y de los ítems.

4.3. Instrumentos.

4.3.1. Escala de Autoeficacia Generalizada. (Anexo II)

Desarrollada en 1979 por Babler, Shawarzer y Jerusalem (Baessler & Schwarzer, 1996), adaptada en Chile por Cid, Orellana y Barriga (2010). Es un instrumento de autoinforme que evalúa la autoeficacia general, que considera este constructo como la creencia estable que tienen los individuos sobre sus capacidades para manejar diversos estresores de la vida cotidiana.

Está conformado por 10 reactivos, con un puntaje mínimo de 10 puntos y un máximo de 40 puntos. Las respuestas son tipo Likert donde la persona responde a cada reactivo de acuerdo a lo que ella percibe de su capacidad en el momento: Incorrecto (1 punto); apenas cierto (2 puntos); más bien cierto (3 puntos) o cierto (4 puntos). Mayores puntajes indican mayor nivel de autoeficacia.

En el estudio de Cid et al. (2010) realizado en nuestro medio, se obtuvo una consistencia interna mediante alfa de Cronbach de 0.84. Para determinar la validez se realizó una validez de criterio concurrente con las Escalas de Autoestima y Estado de Salud Percibido: la correlación observada entre la Escala de Autoeficacia Generalizada y la Escala de Autoestima tiene una magnitud media positiva de 0,305 ($p \leq 0,01$). Menor es el valor de correlación ($r = 0,159$) entre la Escala de Autoeficacia Generalizada y la Escala de Estado de Salud Percibido, al mismo nivel de significancia.

En el presente estudio se obtuvo una consistencia interna mediante alfa de Cronbach de 0.83.

4.3.2. Escala Multidimensional de Apoyo Social. (Anexo III)

Desarrollada por Zimet, Dahlem, Zimet y Farley, adaptada para la población chilena por Arechabala y Miranda (2002). La escala contiene 12 ítems que se agrupan en 3 dimensiones. La primera mide apoyo social de amigos (6, 7, 9 y 12), la segunda, apoyo de la familia (3, 4, 8 y 11) y la tercera, apoyo de otros significativos (1, 2, 5 y 10). El puntaje total puede variar de 12 a 60 puntos, donde a mayor puntaje, mayor apoyo social percibido.

En un estudio realizado en la ciudad de Concepción, con una muestra de 512 adolescentes entre 15 y 19 años, se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.90 para la escala total, de 0.86 para las dimensiones familia y otros significativos y de 0.90 para la dimensión amigos (San Martín & Barra, 2013).

En un estudio con adolescentes de la ciudad de Valparaíso se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.90 para la escala total y entre 0.79 y 0.85 para las tres subescalas. Además se determinó su validez de criterio concurrente por medio de su relación con la escala de Autoeficacia General Percibida. Los resultados muestran una correlación moderada y positiva con la escala total (0.36) y las subescalas de apoyo de los amigos (0.33), apoyo de otros significativos (0.33) y apoyo familiar (0.25). También se realizó una validez factorial para evaluar la estructura tridimensional de la escala a través del análisis de componentes principales, los resultados confirmaron las 3 dimensiones propuestas por los autores de la escala original. Los ítems se agruparon claramente en las tres dimensiones propuestas por los autores: familia, amigos y otros significativos (Mosqueda, Mendoza, Jofré & Barriga, 2015)

En el presente estudio en la sub escala de apoyo social familiar se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.86, en la sub escala de apoyo social de amigos un 0.87 y apoyo social de otros significativos 0.89.

4.3.3. Test de Identificación de los Trastornos debido al Consumo de Alcohol (AUDIT). (Anexo IV)

El AUDIT, desarrollado por la Organización Mundial de la Salud, es un cuestionario de autoreporte de 10 ítems que permite tamizar el consumo de alcohol, consumo riesgoso, consumo perjudicial y dependencia de alcohol (Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, 2001). Está dividido en tres subescalas, que consideran por separado el consumo de alcohol (ítems 1 al 3), los síntomas de dependencia (ítems 4 al 6) y las consecuencias negativas del consumo (ítems 7 al 10).

La evaluación de los 3 primeros ítems da como resultado una escala de 0 a 12 puntos, donde 0 indica que no existe consumo de alcohol, y para los hombres un puntaje de 4 o más se considera positivo en consumo, mientras que para las mujeres se considera positivo un puntaje de 3 o más.

En un estudio para evaluar la confiabilidad y validez del AUDIT realizado en Chile a estudiantes universitarios, se detectó 2 componentes, uno referido al consumo de alcohol propiamente tal (en los ítems 1, 2 y 3) y a la dependencia de consumo de alcohol (ítems 4, 5, 6, 7, 8, 9 y 10) (Seguel, Santander & Barriga, 2013).

En cuanto a su confiabilidad por consistencia interna en los 3 primeros ítems del AUDIT, en estudios realizados en Chile se han reportado alphas de Cronbach de 0,86 (Alvarado, Garmendia, Acuña, Santis y Arteaga, 2009) y de 0,80 (Seguel et al., 2013).

En el presente estudio se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.86.

4.4. Procedimiento.

Se realizó una aplicación de los instrumentos a un grupo piloto, conformado por 33 estudiantes universitarios de la carrera de Psicología. Mediante dicho procedimiento se

evaluó la comprensión de las instrucciones y de los ítems y se examinó la confiabilidad de los instrumentos utilizados. Se estimó una duración de 15 minutos para el tiempo de aplicación de la batería de instrumentos. Los resultados obtenidos en esta aplicación piloto mostraron que en general había una adecuada comprensión tanto de la redacción como del formato de respuesta. De los ítems, por lo que no se realizó modificación a los instrumentos.

Para obtener la muestra definitiva se tomó contacto con los jefes de carrera de las facultades de Ciencias Sociales e Ingeniería con el fin de informarles respecto al estudio y solicitar su autorización. Previo aviso y consentimiento de los profesores de asignatura, se asistió en horario de clases a las aulas de los estudiantes. Allí se les informó sobre el estudio y se les invitó a participar de éste. La recolección de datos se realizó de manera colectiva, previo consentimiento informado de los estudiantes que deseen participar voluntariamente. Una vez terminado este procedimiento, se les presentó la batería de instrumentos, explicando el modo de responder cada uno de ellos. Antes de comenzar, se les solicitó a los participantes que respondieran con total sinceridad, evitando la omisión de respuestas y teniendo en consideración el carácter anónimo de la información recolectada. Se enfatizó en la importancia de completar la totalidad de los ítems y la confidencialidad de la información recolectada.

5.1.Aspectos éticos.

La presente investigación fue llevada a cabo en base a los principios éticos propuestos por la Asociación Americana de Psicología (2010). El principio de beneficencia y no maleficencia, fue clave durante el proceso de investigación, ya que en todo momento se veló por el bienestar de los estudiantes universitarios, mostrando transparencia del estudio,

indicándoles que la finalidad era académica, por lo que no se emitió juicios ni etiquetas, y se resguardó la confidencialidad de sus respuestas en torno al estudio.

Otro principio fundamental en este estudio fue el de la integralidad, ya que durante todo el proceso investigativo no se incurrió en prácticas dañinas, ciñéndose a la metodología propuesta, utilizando los datos recopilados para los fines académicos, tal como se les informó a los estudiantes a través de un consentimiento informado.

Durante todo el proceso del estudio, se veló en el respeto de los derechos y la dignidad de las personas involucradas en el proceso, donde se resguardaron sus datos, asegurando de esta manera la confidencialidad prometida a los estudiantes.

4.6. Análisis de datos.

El procesamiento de datos se realizó apoyado con el programa estadístico SPSS versión V23. Se realizó un análisis de tipo descriptivo, donde se determinaron los niveles de cada una de las variables estudiadas, por lo que se obtuvieron medidas de tendencia central (media y mediana) y medidas de variabilidad (desviación estándar). Con el objetivo de describir la relación entre las variables estudiadas se calcularon los coeficientes de correlación de Pearson. Y para conocer el aporte relativo de las variables autoeficacia y apoyo social sobre el consumo de alcohol, se realizó un Análisis de Regresión Múltiple.

En forma complementaria a los objetivos se utilizó prueba t de diferencias de medias para identificar posibles diferencias de género en las variables estudiadas.

5. RESULTADOS.

5.1. Análisis descriptivo.

En primer lugar, se presentan en la Tabla 1 los estadísticos descriptivos de las variables de consumo de alcohol, autoeficacia y el apoyo social general y sus 3 dimensiones.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de las distintas variables.

	Puntaje mínimo	Puntaje máximo	Mediana	Media	DE
Edad	17	30	21	20,9	2,1
Consumo de alcohol	3	12	7	6,4	2,5
Autoeficacia	16	40	32	31,3	4,2
Apoyo social familiar	7	20	17	16,5	3,4
Apoyo social amigos	6	20	18	16,9	2,9
Apoyo social otros sig.	4	20	18	17,0	3,4
Apoyo social general	24	60	53	50,5	7,9

Fuente: Elaboración propia.

Respecto al consumo de alcohol se observa un puntaje promedio de 6.4, que corresponde a un 45,7 del máximo posible a obtener (12), por lo cual se puede describir el nivel de consumo promedio de los participantes como mediano.

En cuanto a la variable autoeficacia, se obtuvo un promedio de 31.3, indicando que los estudiantes presentan un alto nivel de autoeficacia, ya que el promedio corresponde a un 78.2% del máximo valor posible a obtener.

En relación al apoyo social general, se obtuvo un promedio fue de 50.5, lo que indica que los estudiantes perciben un alto nivel de apoyo social ya que el promedio equivale al 84.16% del máximo posible a obtener. En cuanto a las sub escalas, el promedio de apoyo social familiar corresponde a un 83% del máximo posible a obtener, el apoyo social de amigos

corresponde al 84,5 % del máximo posible a obtener, y el apoyo social de otros significativos corresponde al 85% del máximo posible a obtener.

5.2. Análisis bivariado.

Para dar respuesta al segundo objetivo planteado, se calcularon los coeficientes de correlación de Pearson que permiten describir las relaciones entre las variables en estudio.

Tabla 2. Correlación entre las variables en la muestra total.

	Consumo de alcohol	Autoeficacia	Apoyo social familiar	Apoyo social de amigos	Apoyo social de otros significativos	Apoyo social general
Consumo de alcohol	-	0,20**	-0,09	0,12	0,10	0,05
Autoeficacia		-	0,11	0,21**	0,17**	0,20**
Apoyo social familiar			-	0,41**	0,44**	0,77**
Apoyo social de amigos				-	0,57**	0,80**
Apoyo social de otros significativos					-	0,84**
Apoyo social general						-

** p< 0,01

Fuente: Elaboración propia.

Como se observa en la Tabla 2, en la muestra total el consumo de alcohol tiene una correlación positiva significativa con la autoeficacia y no con el apoyo social general. Y en cuanto a las dimensiones de apoyo social, aunque las relaciones no son significativas se observa que el consumo de alcohol se relaciona positivamente con apoyo social de amigos y de otros significativos y negativamente con apoyo social familiar.

En cuanto a la variable autoeficacia, además de su relación positiva con el consumo de alcohol, se relaciona positiva y significativamente con apoyo social general, apoyo social de amigos y apoyo social de otros significativos. En cambio, no se relaciona significativamente con apoyo social familiar.

Para un mayor detalle de los datos se calcularon las correlaciones de Pearson en cada área de estudios, Ingeniería y Ciencias Sociales.

Tabla 3. Correlaciones entre las variables en cada área de estudios.

	Consumo de alcohol	Autoeficacia	Apoyo social familiar	Apoyo social de amigos	Apoyo social de otros significativos	Apoyo social general
Consumo de alcohol	-	0,26**	-0,04	0,12	0,19*	0,11
Autoeficacia	0,06	-	0,07	0,13	0,03	0,10
Apoyo social familiar	-0,19*	0,12	-	0,29**	0,28**	0,72**
Apoyo social de amigos	0,08	0,25**	0,50**	-	0,46**	0,74**
Apoyo social de otros significativos	-0,05	0,27**	0,59**	0,65**	-	0,78**
Apoyo social general	-0,06	0,25**	0,82**	0,83**	0,88**	-

* $p < 0,05$. ** $p < 0,01$

Las correlaciones en la Facultad de Ingeniería sobre la diagonal y en la Facultad de Ciencias Sociales bajo la diagonal.

Fuente: Elaboración propia.

Como se observa en la Tabla 3, el consumo de alcohol no se relaciona significativamente con el apoyo social general en ninguna de las facultades, y presenta correlación positiva significativa con la autoeficacia en los estudiantes de Ingeniería y no en los de Ciencias Sociales. Otra diferencia que se observa es que el consumo de alcohol se relaciona positivamente con el apoyo social de otros significativos en los estudiantes de Ingeniería, mientras que en los estudiantes de Ciencias Sociales se relaciona negativamente con el apoyo

social familiar. Una última diferencia observada es que sólo en los estudiantes de Ciencias Sociales la autoeficacia se relaciona significativamente con el apoyo social general y dos de sus tres dimensiones, no existiendo relación entre autoeficacia y apoyo social en los estudiantes de Ingeniería.

5.3. Análisis multivariado.

Para dar respuesta al objetivo de evaluar la influencia relativa de la autoeficacia y el apoyo social sobre el consumo de alcohol, se realizó un análisis de regresión que se muestra a continuación.

Tabla 4. Coeficientes de regresión en la muestra total.

	Beta	t	Sig.	Correlaciones		
				Orden cero	Parcial	Semi-parcial
Autoeficacia	0.20	3.13	0.002	0.20	0.19	0.19
Apoyo social general	0.01	0.16	0.87	0.05	0.01	0.01

Variable dependiente: consumo de alcohol.

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla 4 se observa que sólo la autoeficacia presenta una influencia significativa sobre el consumo de alcohol, sin embargo, esta influencia es de tipo positiva. Para un mayor detalle de los datos se calcularon los coeficientes de regresión en cada facultad, de Ingeniería y Ciencias Sociales.

Tabla 5. Coeficientes de regresión en estudiantes de Ingeniería.

	Beta	t	Sig.	Correlaciones		
				Orden cero	Parcial	Semi-parcial
Autoeficacia	0.25	3.04	0.003	0.26	0.25	0.25
Apoyo social general	0.09	1.09	0.27	0.11	0.11	0.09

Variable dependiente: consumo de alcohol.

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 5 se observa que en los estudiantes de Ingeniería la autoeficacia tiene una influencia positiva significativa sobre el consumo de alcohol, mientras que el apoyo social presenta una influencia positiva no significativa sobre el consumo de alcohol.

Tabla 6. Coeficientes de regresión en estudiantes de Ciencias Sociales.

	Beta	t	Sig.	Correlaciones		
				Orden cero	Parcial	Semi-parcial
Autoeficacia	0.08	0.80	0.42	0.05	0.04	0.04
Apoyo social general	-0.09	-.0.89	0.37	-0.07	-0.08	-0.08

Variable dependiente: consumo de alcohol.

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 6 se aprecia que, a diferencia de lo observado en los estudiantes de Ingeniería, en los estudiantes de Ciencias Sociales la autoeficacia no influye significativamente en el consumo de alcohol. Además, en este caso el apoyo social presenta una influencia negativa no significativa sobre el consumo de alcohol.

5.4. Análisis de diferencias de grupo.

Ya que la mayoría de los estudiantes de Ingeniería eran hombres y mayoría de los estudiantes de Ciencias Sociales eran mujeres, como análisis complementario se realizó la prueba t de diferencia de medias para evaluar posibles diferencias de género en las variables del estudio (Tabla 7).

Tabla 7. Diferencias de género en las variables estudiadas.

	Hombres (N=134)		Mujeres (N=114)		t
	Media	DS	Media	DS	
Consumo de alcohol	6,89	2,65	5,87	2,38	3,15**
Autoeficacia	31,95	4,12	30,66	4,40	2,37*
Apoyo familiar	16,28	3,42	17,39	3,39	1,14
Apoyo de amigos	16,58	3,03	17,39	2,87	2,13*
Apoyo de otros	16,78	3,59	17,42	3,36	1,43
Apoyo social general	49,65	8,03	51,59	7,84	1,91

p<0,05 **p<0,01

Fuente: Elaboración propia.

En la Tabla 7 se observa que existen diferencias significativas a favor de los hombres en consumo de alcohol y autoeficacia, y a favor de las mujeres en apoyo social de amigos.

6. DISCUSIÓN.

El propósito de esta investigación, fue identificar la influencia de la autoeficacia y el apoyo social en el consumo de alcohol en estudiantes de la universidad de Concepción.

El primer objetivo era describir los niveles de la autoeficacia, el apoyo social y el consumo de alcohol los estudiantes. Al analizar los resultados se encontró que los estudiantes encuestados presentan altos niveles autoeficacia y apoyo social, y un nivel mediano de consumo de alcohol.

Con respecto al consumo de alcohol reportado por los estudiantes universitarios, los resultados son similares a los datos a nivel nacional, obtenidos en el último estudio que corresponde al décimo segundo, publicado por SENDA realizado por el Observatorio Chileno de Drogas (2017). Además, son consistentes con estudios nacionales que utilizan el mismo instrumento utilizado en esta investigación (Alvarado et al., 2009; Seguel et al., 2013).

Los altos niveles de autoeficacia y apoyo social percibido encontrado en esta investigación son coincidentes con otros estudios realizados en Chile también con estudiantes universitarios (Spormann, et al., 2015; Novoa & Barra, 2015).

En cuanto al segundo objetivo, al calcular las correlaciones entre las variables se observó que el consumo de alcohol presentaba una correlación significativa con la autoeficacia y no con el apoyo social, y que su relación con la autoeficacia era positiva y no negativa como planteaba la primera hipótesis del estudio. Para obtener un mayor detalle de las relaciones entre las variables se calcularon las correlaciones en los estudiantes de cada facultad.

La comparación entre facultades mostró que sólo en los estudiantes de Ingeniería se observa la relación positiva y significativa del consumo de alcohol con la autoeficacia, Dicha relación positiva no coincide con la literatura revisada, esto se puede explicar en razón al comportamiento específico de los estudiantes. En un estudio realizado en Colombia por Camacho (2005) con estudiantes de Ingeniería, donde se evalúan el consumo de alcohol, las expectativas y la ansiedad social, se encuentra que los estudiantes de Ingeniería poseen un alto consumo de alcohol mayor a la norma nacional, y que presentaban expectativas positivas frente al consumo, específicamente la facilitación de la interacción, la expresividad verbal, la desinhibición y los cambios psicofisiológicos, lo que aumentaría la intensidad de consumo en este grupo.

El apoyo social de otros significativos también tiene una correlación significativa y positiva con el consumo de alcohol en los estudiantes de Ingeniería, lo que concuerda con estudios españoles (Musitu & Cava, 2003; Musitu et al., 2007; Villarreal et al., 2010). En los estudiantes de Ciencias Sociales, se observó que el consumo de alcohol sólo presenta una relación significativa y negativa con el apoyo social familiar, lo que se también concuerda con otros estudios (Musitu & Cava, 2003; Jiménez et al., 2006). El apoyo social familiar se presentaría como un factor protector frente al consumo de alcohol, a medida que exista mayor cohesión familiar, mejor comunicación y apoyar frente a las situaciones estresantes, menor sería el consumo de alcohol (Musitu, Jiménez, & Murgui, 2007)

La primera hipótesis de este estudio planteaba que la autoeficacia y el apoyo social familiar estarían negativamente relacionados con la conducta de consumo de alcohol en los estudiantes. De acuerdo a los resultados obtenidos esto solo se comprueba en los estudiantes de Ciencias Sociales con respecto al apoyo social familiar, ya que la autoeficacia no presenta

relación significativa con el consumo de alcohol en dichos estudiantes, y en los estudiantes de Ingeniería presenta una relación positiva.

Respecto a la segunda hipótesis que señalaba que el apoyo social de amigos y de otros significativos estaría positivamente relacionado con la conducta de consumo de alcohol en los estudiantes, esto se corrobora sólo en los estudiantes de Ingeniería con respecto al apoyo de otros significativos. Este resultado se relacionaría con la percepción que los universitarios tienen respecto a la aprobación de su propio consumo de alcohol por parte de personas significativas como amigos y compañeros de estudios. Esta aprobación de la conducta probablemente satisface el deseo de ser aceptado y sentirse parte del grupo de amigos y compañeros de la universidad (Alonso, et al. 2007)

La tercera hipótesis planteaba que la autoeficacia tendría mayor influencia que el apoyo social sobre el consumo de alcohol en los estudiantes, lo cual se confirmó en el análisis de regresión, aunque esta influencia es de tipo positiva. Al realizar análisis por separado se observó que lo anterior sólo se daba en los alumnos de Ingeniería y no en los de Ciencias Sociales.

El hecho que en los estudiantes de Ingeniería el consumo de alcohol aparece relacionado significativamente con la autoeficacia y con el apoyo social de otros significativos se puede relacionar con un estudio realizado en México (Cruz et al, 2011) con estudiantes de Ingeniería, en el cual se determinó que los factores que influyen en el consumo de alcohol fueron la necesidad física, las emociones agradables y desagradables, la presión social y el conflicto con otros y la necesidad social de pertenecer a un grupo.

En otro estudio realizado en México (Alonso et al. 2015) donde realizaron un análisis de consumo de alcohol por áreas académicas se encontró que los estudiantes del área de

ingenierías reportaron el más alto consumo excesivo de alcohol, los del área de ciencias de la salud reportaron el mayor consumo sensato, mientras que los del área de ciencias sociales ocuparon el segundo lugar de consumo excesivo y similares proporciones de consumo sensato y dependiente. Esto se puede relacionar con las características de clima social de una carrera, que implica actividades diferenciadas de género, lo cual reforzar una imagen de masculinidad donde el consumo excesivo de alcohol forma parte de esos imaginarios sociales y de las conductas validadas socialmente, además de que se tiene la creencia de que el consumo de alcohol es facilitador de la interacción social, y adaptación a las normas sociales.

Otro factor importante que aumenta el consumo de alcohol en estudiantes es la proximidad de lugares cerca de su institución universitaria donde se vende y consume alcohol. En un estudio realizado en México por Arrieta (2009) se informó que el 46% de los estudiantes consume alcohol en los sitios de expendio cercanos a las diferentes sedes universitarias, que funcionan ante la vista de las autoridades universitarias y de la policía sin que se presenten controles para el consumo.

Con la finalidad de complementar los resultados obtenidos en la presente investigación se examinaron posibles diferencias de género en las variables de autoeficacia, apoyo social y consumo de alcohol. Se encontró que, tal como se esperaría, los hombres reportaron un nivel de consumo de alcohol significativamente mayor que las mujeres, lo cual concuerda con la literatura, donde se describe que los hombres poseen un consumo de alcohol superior a las mujeres (Alonso et al., 2015; Arrieta, 2009). Los hombres también presentaron un mayor nivel de autoeficacia que las mujeres, lo que coincide con lo informado por otros estudios en nuestro medio (Olivari y Barra, 2005).

Y la otra diferencia de género observada fue una mayor percepción de apoyo social de amigos por parte de las mujeres, lo que concuerda con lo encontrado en otro estudio con estudiantes universitarios de nuestro medio (Barra, 2012). Lo anterior se podría relacionar con las diferencias en la socialización de ambos sexos. Así, mientras que en los hombres se enfatiza la autoconfianza, la autonomía y la independencia, a las mujeres se les socializa para ser más interdependientes y estar más dispuestas a reconocer las dificultades y a buscar la ayuda de otros. Por ello, se esperaría que ellas perciban y también valoren en mayor grado que los hombres el apoyo social disponible.

Como limitaciones de este estudio se puede mencionar la falta de investigaciones donde se evalúen las variables independientes (autoeficacia y apoyo social) sobre la variable dependiente (consumo de alcohol) en nuestro medio, ya que la mayoría de los estudios son extranjeros y estas variables pudieran tener un comportamiento distinto en nuestro país.

Otra limitación es que no se exploraron otros factores que pudieran estar relacionados con el consumo de alcohol en este tipo de muestras, como la percepción de ansiedad o expectativas frente al consumo (Camacho, 2005).

Para futuros estudios se sugiere examinar en mayor detalle cómo se relaciona la variable autoeficacia con el consumo de alcohol en estudiantes universitarios, ya que llama la atención que la autoeficacia no pareciera comportarse como un factor protector frente al consumo de alcohol, por lo que se podría indagar sobre cuál es el rol que cumplen las normas de grupo referentes al consumo de alcohol en esta población.

El consumo de alcohol en estudiantes universitarios en nuestro país merece preocupación, es por lo anterior, que a través de los presentes resultados se busca contribuir

con información científica que nos permita entregar una respuesta efectiva e integral asociada a las características y necesidades particulares de esta población.

7. REFERENCIAS.

Alonso, M., Esparza, S., Frederickson, K., Guzman, K.F., López, & Martínez, R. M. (2011).

Efecto de una intervención para prevenir el consumo de alcohol y tabaco en adolescentes de escuelas secundarias de Monterrey, México. *Investigación en Enfermería: Imagen y desarrollo*, 10(1), 79-92.

Alonso, M., del Bosque, J., Gómez, M., Rodríguez, L., Esparza, S., & Alonso, B. (2015).

Percepción de normas sociales y consumo de alcohol en jóvenes universitarios. *Anuario de Investigación en Adicciones*, 10(1).

Alvarado, M., Garmendia, M., Acuña, G., Santis, R. & Arteaga, O. (2009). Validez y

confiabilidad de la versión chilena del Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT). *Revista Médica de Chile*, 137(11), 1463-1468.

Álvarez, A. (2011). Intervención breve para la prevención del consumo de alcohol, tabaco y

marihuana en adolescentes. Tesis Doctoral de Enfermería, Universidad Autónoma de Nuevo León, Monterrey, México. Recuperado de <http://eprints.uanl.mx/2971/1/1080211161.pdf>

American Psychological Association. (2010). Ethical principles of psychologists and code of

conduct. Including 2010 amendments. Recuperado de <http://www.apa.org/ethics/code/index.aspx>

- Anderson, P., Gual, A. & Colon, J. (2008). Alcohol y atención primaria de la salud. Washington: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_atencion_primaria.pdf
- Arechabala, M., & Miranda, C. (2002). Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la Región Metropolitana. *Ciencia y Enfermería*, 8(1), 49-55.
- Arrieta, K. (2009). Consumo patológico de alcohol entre los estudiantes de la Universidad de Cartagena, 2008. *Revista de Salud Pública*, 11(6), 878-886.
- Ávila, M. (2013). Factores personales y psicosociales de los adolescentes en el consumo de alcohol. Tesis para obtener el grado de Doctor en Enfermería. Universidad de Alicante, España. Recuperado de https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/28995/1/Tesis_Avila_Medina.pdf
- Babor, T., Higgins-Biddle, J., Saunders, J. & Monteiro, M. (2001). Cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado de http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf
- Baessler, J. y Schwarzer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: adaptación española de la escala de Autoeficacia General. *Ansiedad y Estrés*, 2, 1-8.
- Barra, E. (2004). “Apoyo social, estrés y salud”, *Psicología y Salud*, 14, 237-243.

- Barra, E. (2012) "Influencia de la autoestima y del apoyo social percibido sobre el bienestar psicológico de estudiantes universitarios chilenos". *Diversitas- Perspectivas en Psicología*, 8(2), 29-38
- Blanco, T., & Jiménez, S. (2015). Factores de riesgo que influyen en la recaída de consumo de drogas lícitas e ilícitas en adolescentes atendidos en el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. *Revista Costarricense de Psicología*, 34(2), 147-157.
- Cabanach, R., Valle, A., Rodríguez, S., Piñeiro, I., González, P. (2010). Las creencias motivacionales como factor protector del estrés en estudiantes universitarios. *European Journal of Education and Psychology*, 3(1), 75-87.
- Camacho, I. (2005). Consumo de alcohol en universitarios: relación funcional con los factores sociodemográficos, las expectativas y la ansiedad social. *Acta Colombiana de Psicología*, 8(1), 91-120.
- Carrasco, M. & Barrio, M. (2002). Evaluación de la autoeficacia en niños y adolescentes. *Psicothema*, 14(2), 323-332.
- Carrasco, E. & Osses, S. (2005). Estudio del perfil valórico. El caso de los estudiantes de primer nivel de la carrera de Obstetricia y Puericultura de la Facultad de Medicina de la Universidad de la Frontera. *Estudios Pedagógicos*, 21(1), 7-32.
- Castillo, C. (2009). Autoeficacia al rechazo del alcohol en estudiantes de recién ingreso a una preparatoria privada. *Psicología Iberoamericana*, 17(1), 65-73.

- Catanzaro, S. J. y Laurent, J. (2004). Perceived family support, negative mood regulation expectancies, coping, and adolescent alcohol use: Evidence of mediation and moderation effects. *Addictive Behaviors*, 29 (9), 1779-1797
- Catalá-Miñana, A., Lila, M., & Oliver, A. (2013). Consumo de alcohol en hombres penados por violencia contra la pareja: factores individuales y contextuales. *Adicciones*, 25(1), 19-28.
- Cicua, D., Méndez, M. & Muñoz, L. (2010). Factores en el consumo de alcohol en adolescentes. *Pensamiento Psicológico*, 4(11), 115-134.
- Cid, P., Orellana, A., & Barriga, O. (2010). Validación de la Escala de Autoeficacia General en Chile. *Revista Médica de Chile*, 138(5), 551-557.
- CONACE. (2005). Sexto Estudio de Drogas en Población General. 2004. Gobierno de Chile.
- CONACE. (2006). Sexto Estudio Nacional de Drogas en Población Escolar de Chile 8° Básico a 4° Medio 2005. Gobierno de Chile.
- CONACE. (2008). Construyendo contextos preventivos en educación superior: Gobierno de Chile.
- Cruz, A., Ramírez, Luna, Y., Méndez, M., Muñoz, T., Nava, A., ... Maldonado, M. (2011). Factores asociados al consumo de alcohol en estudiantes de ingeniería civil. *Psicología y Salud*, 21(2), 265-271.
- Duffy, D. (2014). Factores de riesgo y factores protectores asociados al consumo de alcohol en niños y adolescentes. *Salud & Sociedad*, 5(1), 40-52.

Engels, R., Hale, W., Noom, M. & Vries H. (2005). Self-efficacy and emotional adjustment as precursors of smoking in early adolescence. *Substance Use & Misuse*, 40, 1883-1893.

Gantiva, C. & Flórez, L. Evaluación del impacto de un programa de entrevista motivacional en formato grupal e individual para consumidores abusivos de alcohol. *Boletín Electrónico de Salud Escolar*, 2(2), 1-8.

Gallihier, R., Evans, C. & Weiser, D. (2007). Social and individual predictors of substance use for native American youth. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*. 16(3), 1-16.

García, E., Lima, G., Aldana, L., Casanova, P., & Feliciano, V. (2004). Alcoholismo y sociedad, tendencias actuales. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 33(3). Recuperado de http://bvs.sld.cu/revistas/mil/vol33_3_04/mil07304.htm

Garmendia, M., Alvarado, M., Montenegro, M., & Pino, P. (2008). Importancia del apoyo social en la permanencia de la abstinencia del consumo de drogas. *Revista Médica de Chile*, 136(2), 169-178.

Gómez, L., Perez, M., & Vila, J. (2001). Problemática actual del apoyo social y su relación con la salud: una revisión. *Psicología Conductual*, 9, 5-38.

González, N. (2001). Acercamiento a la literatura sobre redes sociales y apoyo social. *Revista Cubana de Psicología*, 18(2), 134-141.

- Gracia, E., & Herrero, J. (2006). La comunidad como fuente de apoyo social: evaluación e implicaciones en los ámbitos individual y comunitario. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(2), 327-342.
- Hinojosa, L., Alonso, M., & Castillo, Y. (2012). Autoeficacia percibida y consumo de alcohol en trabajadores de la salud. *Revista Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 20(1), 19-25. Recuperado de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2012/eim121d.pdf>
- Jiménez, T., Musitu, G., & Murgui, S. (2006). Funcionamiento y comunicación familiar y consumo de sustancias en la adolescencia: el rol mediador del apoyo social. *Revista de Psicología Social*, 21(1), 21-34.
- Lange, I. & Vio, F. (2006). Guía para Universidades Saludables y otras Instituciones de Educación Superior. Santiago: Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos (INTA) y la Universidad Católica de Chile.
- Londoño, C., & Vinaccia, S. (2014). Prevención del abuso en el consumo de alcohol en jóvenes universitarios: lineamientos en el diseño de programas costo-efectivos. *Psicología y Salud*, 15(2), 241-249.
- López, F., Bulas, M., Arroyo, R. & Ramírez, I. (2005). Influencia del apoyo familiar en la autoeficacia de los drogodependientes. *Adicciones*, 17(3), 241-251.
- López, F., Salvador, M., Verdejo, A., & Cobo, P. (2002). Autoeficacia y consumo de drogas: una revisión. *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 2, 33-51.

- Martínez, R., Pedrão, L., Alonso, M., López, K., & Oliva, N. (2008). Autoestima, autoeficacia percibida, consumo de tabaco y alcohol en estudiantes de educación secundaria del área urbana y rural de Monterrey, Nuevo León, México. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16, 614-620.
- Melo, D. & L. Castanheira (2010) Autoeficacia y actitud hacia el consumo de drogas en la infancia: explorando los conceptos. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18, 655-662.
- Mosqueda, A., Mendoza, S., Jofré, V., & Barriga, O. (2015). Validez y confiabilidad de una escala de apoyo social percibido en población adolescente. *Enfermería Global*, 14(39), 125-136.
- Musito, G. & Cava, M. (2003) El rol del apoyo social en el ajuste de los adolescentes. *Intervención Psicosocial*, 12(2), 179-192
- Musitu, G., Jiménez, T. & Murgui, S. (2007) El rol del funcionamiento familiar y del apoyo social en el consumo de sustancias de los Adolescentes. *Revista Española de Drogodependencias*, (3), 370-380.
- Novoa, C., & Barra, E. (2015). Influencia del apoyo social percibido y los factores de personalidad en la satisfacción vital de estudiantes universitarios. *Terapia Psicológica*, 33(3), 239-245.
- Observatorio Chileno de Drogas (2017). Décimo segundo Estudio Nacional de drogas en población general de Chile 2010. Santiago de Chile: SENDA. Extraído en: <http://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/2017/12/InformeENPG2016.pdf>

Olivari, C., & Barra, E. (2005). Influencia de la autoeficacia y la autoestima en la conducta de fumar en adolescentes. *Terapia Psicológica*, 23(2), 5-11.

Olivari, C., & Urra, E. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y Enfermería*, 13(1), 9-15.

Orcasita, L. & Uribe, A. (2010). La importancia del apoyo social en el bienestar de los adolescentes. *Psychologia: Avances de la Disciplina*, 4(2), 69-82.

Organización Mundial de la Salud. (OMS 2008). *Informe sobre la salud en el mundo 2004*

Organización Mundial de la Salud (2018). Informe Mundial de Situación sobre Alcohol y Salud. Extraído de <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>

Pedroncini, Y. (2015). Estilos parentales percibidos en adictos en proceso de recuperación, y su relación con el apoyo social. Tesis para obtener el grado de Licenciatura en Psicología. Universidad Abierta Interamericana, Buenos Aires. Recuperado de <http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC118528.pdf>

Pastorelli, C., Caprara, G., Barbaranelli, C., Rola, J., Rozsa, S. & Bandura, A. (2001). Structure of children's perceived self-efficacy: A Cross-national study. *European Journal of Psychological Assessment*, 17, 87-97.

Pérez, J., & Martín, F. (2004). El apoyo social. España, Ministerio del Trabajo y Asuntos Sociales, 3, 25-36. Recuperado de http://www.insht.es/InshtWeb/Contenidos/Documentacion/FichasTécnicas/NTP/Ficheros/401a500/ntp_439.pdf

- Ramírez, M. & Andrade, D. (2005). La familia y los factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en los niños y adolescentes (Guayaquil-Ecuador). *Revista Latinoamericana Enfermagem*, 13, 813-818.
- Ramírez, M. y Canto, J. (2007). Desarrollo y evaluación de una escala de autoeficacia en la elección de carrera en estudiantes mexicanos. *Revista Electrónica de Investigación Psicoeducativa*, 11 (5), 37-56.
- Ramírez, J. & Heller, N. (2016). Edad mínima legal de consumo de alcohol en el contexto chileno. *Revista Médica de Chile*, 144, 108-115
- Sarkar, U., Fisher, L. y Schillinger, D. (2006). Is self-efficacy associated with diabetes self-management across race/ethnicity and health literacy? *Diabetes Care*, 29(4), 823-829
- San Martín, J. & Barra, E. (2013). Autoestima, apoyo social y satisfacción vital en adolescentes. *Terapia Psicológica*, 31(3), 287-291.
- Sanjuán, P., Pérez, A. & Bermúdez, J. (2000). Escala de Autoeficacia General: Datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema*, 12(2), 509-513.
- Saravia, J. C., & Frech, H. (2012). Relación entre autoeficacia, autoestima y el consumo de drogas médicas sin prescripción en escolares de colegios urbanos de Perú. *Revista Peruana de Epidemiología*, 16(3), 21.
- Seguel, F., Santander, G., & Barriga, O. (2013). Validez y confiabilidad del Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT) en estudiantes de una universidad chilena. *Ciencia y Enfermería*, 19(1), 23-35.

- Sklar, S., Annis, H. & Turner, N. (1997). Development and validation of the Drug-Taking Confidence Questionnaire: A measure of coping self-efficacy. *Addictive Behaviors*, 22(5), 655-670.
- Spormann, C., Pérez, C., Fasce, E., Ortega, J., Bastías, N., Bustamante, C.,.... Ibáñez, P. (2015). Predictores afectivos y académicos del aprendizaje autodirigido en estudiantes de medicina. *Revista Médica de Chile*, 143(3), 374-382.
- Tijerina, M. (2005). Autoeficacia, asertividad y consume de tabaco y alcohol en estudiantes de secundaria. Tesis para optar al grado de Maestría en Ciencias de Enfermería. Universidad Autónoma de Nuevo León. Recuperado de <http://eprints.uanl.mx/6931/1/1080129423.pdf>
- Thoma, R., Monning, M. Lysne, P., Ruhl, D., Pommy, J., Bogens-Chutz, M.... Yeo, R. (2011). Adolescent substance abuse: The effect of alcohol and marijuana on neuropsychological performance. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 35,39-46.
- Vega, O. & González, D. (2009). Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Enfermería Global*, 16, 1-11.
- Villareal, M., Sánchez, J., Musitu, G. & Varela, R. (2010) El consumo de alcohol en adolescentes escolarizados: propuesta de un modelo sociocomunitario. *Intervención Psicosocial*, 19(3), 253-264.
- Villarreal, M., Sánchez, J. & Musitu, G. (2012). Análisis psicosocial del consumo de alcohol en adolescentes mexicanos. *Universitas Psychologica*, 12(3), 857-873

8. ANEXOS.

I. Consentimiento Informado

Propósito del Estudio

El presente estudio, conducido por Fernanda Parra Riveros, estudiante de Magíster en Psicología de la Universidad de Concepción, pretende examinar la relación entre el apoyo social, autoeficacia y consumo de alcohol.

¿Por qué realizar este estudio?

En la actualidad son escasos los estudios nacionales sobre apoyo social, autoeficacia y consumo de alcohol en estudiantes universitarios. Tomando en consideración lo expuesto y la relevancia de dicha etapa, el estudio pretende aportar con la generación de conocimiento teórico y posteriormente, contribuir en el desarrollo de estrategias de intervención y promoción de características positivas que pudiesen favorecer la satisfacción con la vida.

¿Quiénes participarán del estudio?

Alrededor de 350 estudiantes universitarios de pregrado, que se encuentren en primer año de alguna carrera impartida por la Universidad de Concepción.

¿En qué consiste la participación en el estudio?

Una vez que los estudiantes hayan accedido voluntariamente a participar, deberán firmar un consentimiento y posteriormente responder una serie de instrumentos que pretenden evaluar las variables de interés. Éstos se contestarán en aproximadamente 20-25 minutos, en horario de clases, junto a los demás voluntarios a participar.

¿Cuáles son los riesgos de participar en el estudio?

No existen riesgos asociados.

¿Cuáles son los derechos de los participantes?

La participación es totalmente voluntaria. Del mismo modo, una vez que los estudiantes hayan accedido, pueden desistir e interrumpir su participación.

Los participantes podrán hacer las preguntas que consideren pertinentes a la investigadora y tendrán la certeza de que la información entregada será tratada con total confidencialidad.

FIRMA

Acepto participar en el estudio.

Participante _____ Fecha _____

II. ESCALA DE AUTOEFICACIA GENERAL

Género: Masculino _____ Femenino _____ Edad: _____

A continuación encontrará una lista de afirmaciones en tomo a los sentimientos o pensamientos que tiene sobre usted. Marque con una X la respuesta que más lo identifica.

Por favor responda todas las afirmaciones.

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

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

III. ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE APOYO SOCIAL

Lee atentamente cada una de las siguientes afirmaciones, indicando el grado en que estás de acuerdo o en desacuerdo con cada una de ellas. Para ello marca con una X una de las siguientes alternativas. **Por favor responde todas las afirmaciones.**

1. Muy en desacuerdo.
2. En desacuerdo.
3. Ni de acuerdo ni en desacuerdo.
4. De acuerdo.
5. Muy de acuerdo.

Ítems	1	2	3	4	5
1.-Hay una persona especial que está cerca de mí cuando la necesito.					
2.-Hay una persona especial con la que puedo compartir alegrías y penas.					
3.- Mi familia realmente trata de ayudarme.					
4.- Yo consigo la ayuda emocional y el apoyo que necesito de mi familia.					
5.- Yo cuento con una persona especial que es una fuente real de apoyo para mí.					
6.- Mis amigos (as) tratan realmente de ayudarme.					
7.- Puedo contar con mis amigos(as) cuando las cosas andan mal.					
8.- Puedo hablar de mis problemas con mi familia.					
9.- Tengo amigos (as) con los(as) cuales puedo compartir mis alegrías y penas.					
10.- Hay una persona especial en mi vida a quién le importan mis sentimientos.					

11.- Mi familia esta dispuesta a ayudarme a tomar decisiones.					
12.- Puedo hablar de mis problemas con mis amigos(as).					

IV. TEST DE IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL

Sus respuestas serán confidenciales, así que sea honesto por favor. Marque una X en el cuadro que mejor describa su respuesta a cada pregunta.

Preguntas	0	1	2	3	4
1.- ¿Con qué frecuencia se toma alguna bebida que contenga alcohol?	Nunca	Una o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 veces a la semana	4 o más veces a la semana
2.- ¿Cuántas bebidas que contengan alcohol se toma normalmente cuando bebe?	1 ó 2	3 ó 4	5 ó 6	7, 8 ó 9	10 o más
3.- ¿Con qué frecuencia se toma 6 o más bebidas que contengan alcohol en un solo día?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
4.- ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, ha sido incapaz de parar de beber una vez que había empezado?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
5.- ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no pudo hacer lo que esperaba de usted porque había bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
6.- ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el Menos de una vez al mes día anterior?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
7.- Con qué frecuencia, en el curso del último año, ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
8.- ¿Con qué frecuencia, en el curso del último año, no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado bebiendo?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
9.- Usted o alguna otra persona, ¿Han resultado heridos porque usted había bebido?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año

10.- ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional de la salud han mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año
--	----	--	--	--	-------------------

