

Autoeficacia y conductas de salud: la experiencia de Kate Lorig en el centro de tratamiento de artríticos de la Universidad de Stanford

Eugenio Garrido Martín
Catedrático de Psicología Social
Universidad de Salamanca.

1. Estudios iniciales de Kate Lorig.

No es infrecuente que a uno le pidan que, en un curso de cuatro horas, exponga las aplicaciones de la teoría Social Cognitiva para resolver problemas de conducta de salud. Uno tiene la intención de situarse en una altura docente y comenzar a exponer teorías, sus orígenes, sus componentes etc... Después de haberlo expuesto a uno se le juzga como que ha dado un curso de doctorado y no un curso práctico para quien al día siguiente ha de aplicarla en la intervención diaria.

Esta vez voy a seguir un camino inverso: cómo un programa aplicado tuvo la necesidad de hallar unos fundamentos teóricos que explicaran sus resultados y así convertirse en un programa práctico eficaz. Me refiero al programa de *Erthritis Self-management Programa* del Centro de artríticos de Stanford. Es una experiencia y una investigación continuada dirigida por Kate Lorig. Ella misma nos la cuenta de manera sucinta, me propongo hacer la misma narración siguiendo sus propias publicaciones. {Lorig & González 1991 #1710}.

Personalmente tengo un interés especial en exponer esta experiencia por haberla vivido en mis propias carnes y tenerla grabada en vídeo, (quizás la única grabación que exista). La puedo, pues, contar de propia mano.

2. Los comienzos de una experiencia

En el año 1978 el Centro para el estudio y tratamiento de la Artritis de Stanford se propone crear un curso de formación de las personas que padecen esta enfermedad. Evidentemente, la finalidad intrínseca del curso era educar a las personas que padecen esta enfermedad, especialmente personas de tercera. Pero específicamente lo que se proponen es:

- Reducir los costes que producen estos tratamientos crónicos y con mal pronóstico. Lo que se conseguiría enseñando a la vez a muchas personas lo que el médico tiene que decirles constantemente a cada una de ellas
- Lograr que estas enseñanzas se las den trabajadores de la salud, e incluso personas que padecen la enfermedad, ni siquiera médicos ni enfermeras.
- Aumentar el estado de salud: si las personas ejecutan lo que se les enseña en el curso, que es lo mismo que se les enseña en las entrevistas particulares. Sólo que en las entrevistas particulares no se dispone de todo el tiempo que se quisiera para educar. Este aumento en el estado de salud se probaría si
- se rebaja el dolor de los pacientes.
- se previene o recupera la incapacidad de movimientos.
- se evita la depresión.

Cualquier curso de formación en los temas de salud se fundamenta en la capacidad racional del hombre. Los profesionales creemos que si las personas legas conocieran realmente lo que sucede cuando ejecutan conductas de fumar, ingerir grasas saturadas, no hacer ejercicio, etc. Con toda seguridad que modificarían sus conductas. Parece mentira que los profesionales sigamos diciendo esto cuando está comprobado que somos nosotros, los que conocemos científicamente estos temas los que menos cumplimos con lo que recomendamos. Pero, para psicólogos ingenuos y legos, los profesionales los primeros.

Si la gente supiera, nos decimos... Y enseguida organizamos un curso para enseñar. Y ¿qué es lo que enseñamos?. Aquello que la gente no sabe y creemos que debe saber, desde el punto de vista de los profesionales, son dos cosas:

1. Que tienen conocimientos erróneos sobre su enfermedad.
2. Que si tuvieran conocimientos exactos sobre los riesgos de determinadas prácticas cambiarían de conducta.

Cuando se pone en práctica el programa educativo del Centro de Artrosis de Stanford se piensa esto mismo. No son ninguna excepción. Y lo dicen explícitamente: *Aunque existe fuerte evidencia que las creencias relevantes de los enfermos sobre la enfermedad afecta a su conducta de salud, se ha investigado poco cómo ven los pacientes la enfermedad.*{Lorig, Cox, et al. 1984 #1720},p.76. Esta es la razón por la que en la primera investigación que hacen sobre este programa tratan de contrastar las vivencias y creencias que tienen los pacientes de distintas etnias y las que tienen los médicos y las que los médicos creen que tienen los pacientes. Y para conocer creencias la mejor manera es preguntárselas a los sujetos. Se expone a continuación el modo de proceder.

Los pacientes son 98 personas diagnosticadas de artritis por los médicos, de edades comprendidas entre 25 y 90 años. Los médicos son 56 especialistas que asistieron a un congreso de la Asociación de Reumatología del Oeste Americano.

Las preguntas que se hacen a unos y a otros son las siguientes:

Preguntas que se hacen a los pacientes:

1. ¿Qué cosas (5/10 cosas) se te vienen a la mente cuando piensas de pronto en la artritis?
2. ¿Qué cosas (5/10 cosas) puedes hacer para aliviar tu artritis?.
3. ¿Qué cosas (5/10 cosas) piensas que pueden empeorar tu artritis?.

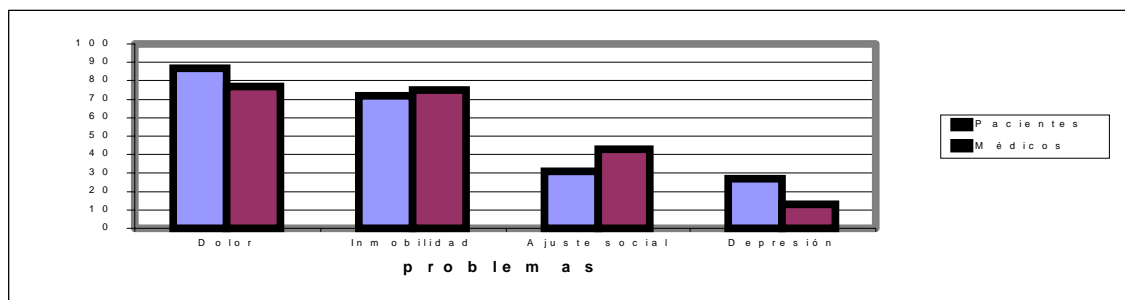
Preguntas que se hacen a los médicos

1. Cuando los artríticos piensas en la artritis generalmente piensas en ...
2. ¿Qué cosas puede hacer *el paciente* para aliviar su artritis?
3. ¿Qué cosas hace *el paciente* que empeoran su artritis?
4. ¿Qué cosas cree *el paciente* que debe hacer para mejorar su artritis?
5. ¿Qué cosas piensa *el paciente* que empeoran su artritis.

Se entiende fácilmente que las preguntas tienen una doble finalidad: la primera la de describir los síntomas que preocupan a los pacientes que la sufren y a los médicos que la tratan. El segundo tipo de preguntas tienen la intencionalidad mencionada anteriormente: los pacientes tienen creencias aberrantes que deben modificar. Los médicos saben muy bien cuáles son esas prácticas, pues una cosa es lo que deberían hacer y otras las que realmente hacen. Seguro que los enfermos hacen lo que los médicos creen que hacen y no lo que deberían hacer.

Veamos los resultados. En primer lugar veamos los resultados sobre los síntomas más preocupantes. Como se ve en la gráfica 1 pacientes y médicos se acercan a la misma realidad. El dolor, la incapacidad, el ajuste social y la depresión son los problemas más importantes, que primero vienen a la mente cuando piensan en la enfermedad.

Gráfica 1. Principales problemas en los que piensan los enfermos y los médicos cuando piensan en la artritis.



Estos resultados son definitivos para los estudios posteriores por cuanto van a suponer las variables dependientes que han de modificarse si se quieren disminuir los síntomas de la artritis. Estas van a ser las variables donde se mida la eficacia de los tratamientos que se exponen a continuación. Ellas son las variables con las que ha de contrastarse la eficacia de la autoeficacia percibida.

Veamos ahora lo que piensan los enfermos sobre lo que deben hacer para mejorar su artritis, que cosas hacen para empeorar su artritis; comparemos lo que los médicos creen que deben hacer y lo que deberían evitar. Pero interesa saber si las creencias de los médicos corresponden con la realidad.

Tabla 1: Porcentaje de los que responden que mencionan una de las categorías siguientes sobre lo que se puede hacer para mejorar la artritis{Lorig, Cox, et al. 1984 #1720}

	Creencia de los pacientes	Creencias de los médicos	Creencias de los médicos sobre las creencias de los pacientes
1. Ejercicio	80	75	55
2. Tratamientos convencionales	56	88	0
3. Calor	52	18	22
4. Dieta	45	16	70
5. Descanso	41	38	28
6. Actitud positiva/ayuda social	30	32	0
7. Conocer mejor la enfermedad	8	31	0
8. Tratamientos no convencionales	6	0	41
9. Masajes/relajación	5	5	0

Si aparecen diferencias cuando se trata de saber lo que los pacientes piensan y lo que los médicos piensan que piensan los pacientes. Las divergencias se agrandan cuando se ven los resultados sobre los que los pacientes creen que empeora su enfermedad y lo que creen los médicos que creen los pacientes. Y si no mírese la tabla siguiente.

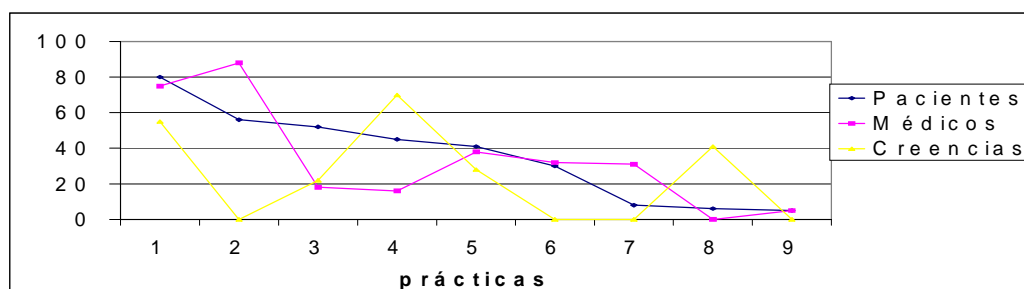
Puede concluirse que, en general, los pacientes sí saben lo que les hace bien y lo que les hace mal. Y en general, parece que los que tienen falsas creencias son los médicos sobre las creencias de los pacientes.

Porcentaje de los que responden que mencionan una de las categorías siguientes sobre lo que empeora la artritis{Lorig, Cox, et al. 1984 #1720}

	Creencia de los pacientes	Creencias de los médicos	Creencias de los médicos sobre las creencias de los pacientes
1. Ejercicio	58	75	38
2. Actividad permanente en una misma posición	42	0	0
3. Descanso inadecuado	27	30	0
4. Dieta	23	14	42
5. Problemas sociales/emocionales	22	41	40
6. El tiempo	8	0	68
7. Mal uso de los cuidados médicos	5	79	30
8. Otras enfermedades	5	0	0
9. Tratamiento inadecuado	0	30	0

Qué duda cabe que los números toman concreción y comprensión cuando se representan en gráficas. Échese una mirada a la gráfica

Gráfica: Porcentaje de pacientes que creen que una actividad favorece su artritis y creencia de los médicos sobre la creencia de los pacientes



A veces en mis prácticas de clase, especialmente de psicología jurídica, suelo plantear el problema de la relación entre psicología y sentido común. Es un tema especialmente relevante para el ejercicio profesional del psicólogo pues frecuentemente se cuestiona la eficacia de nuestras intervenciones más allá del sentido común. Lo que suelo encontrar en estas investigaciones es que ni los mismos psicólogos, después de años de entrenamiento, son capaces de despojarse del ropaje del sentido común. Sus contestaciones en materias propias de psicología coinciden con quienes no la han estudiado, y las de todo se apartan significativamente de los hallazgos de la psicología científica.

Difícilmente, pues, se puede montar un curso para corregir las falsas creencias de los pacientes desde la perspectiva de lo que los médicos creen sobre ellos.

Pero el curso se montó. Y se montó bajo los auspicios de la creencia de que la educación mejoraría la salud de estos pacientes. Esto, dicen los autores se había probado con otras enfermedades, ellos tratan de probarlo con artríticos.

Los fines de este programa se expusieron al principio de este escrito: abaratar costes reduciendo las visitas al médico y las medicinas y mejorar la salud de los pacientes en movilidad, dolor y depresión.

Las líneas esenciales de este programa son las siguientes:

1. Se dan unos cursos especiales a los que **serán líderes** o dirigirán las reuniones de grupo de los pacientes. Cada grupo suelen dirigirlo dos personas: una suele ser un trabajador social que se dedica a temas de salud, el segundo suele ser un enfermo que padece artritis. Este entrenamiento suele durar 20 horas.
2. El curso con los pacientes dura 6 semanas a dos horas seguidas por semana
3. Los participantes son entre 15 y 20 que se reúnen en lugares públicos: bibliotecas, iglesias, centros cívicos, hogares de tercera edad, etc.. Pueden ir acompañados de familiares.
4. Los contenidos que se imparten en el curso son sobre
 - La enfermedad
 - Sobre los medicamentos que se suelen utilizar
 - Determinados ejercicios para fortalecer determinados músculos
 - Cómo utilizar bien las articulaciones
 - Ejercicio en general
 - Cómo afrontar las situaciones de dolor
 - Relajación
 - Dietas
 - Relaciones con los médicos.
5. Más importante que los contenidos es el modo de impartirlo: de una manera interactiva.
 - Revisión de lo que se ha explicado el día anterior
 - Dificultades que hayan tenido para ponerlo en práctica
 - Qué nuevos ejercicios se le han ocurrido a ellos mismos
 - Se imparten nuevos conocimientos previamente programados
 - Se ejercitan de manera práctica.
6. Para lograr que los sujetos ejecutaran durante la semana lo que habían aprendido en las dos horas de curso y en los días de las semanas anteriores, se les pedía que firmaran por escrito un compromiso consigo mismos exponiendo a qué se comprometían durante la semana siguiente.

Como explícitamente dicen los autores detrás de este curso existe un planteamiento psicológico claro que mencionan: **la teoría de la creencia de la salud**, cuyos fundamentos son : las expectativas de resultados buenos o malos, según sean sus conductas, y el análisis de las situaciones que impiden que se realice esas conducta y cómo afrontarlas. {Lorig, Cox, et al. 1984 #1720}, p. 76. Los autores mencionan también la teoría de la acción razonada de Fishbein y Ajzen y tienen razón, porque la teoría de la acción razonada el determinante principal de la conducta son las actitudes y estas se definen por el valor que se les otorga y la probabilidad de que las consecuencias positivas o negativas si se ejecutase o evitara la acción

acontecieran. {Bandura 1997 #1700}. Aunque, a decir verdad los autores reconocen que esto no era más que un vago intento de fundamentar teóricamente su intervención. Resulta extraño, no obstante que una de las variables que midieran fuera la del locus of control.

Todo esto, aunque interesante, no deja de ser una divagación científica y una necesidad de los autores por hacer una introducción a lo que verdaderamente les interesa: **¿Funciona realmente el curso de autoayuda en enfermos de artritis?**

Los autores {Lorig, Lubeck, et al. 1985 #1740} se esmeran en hacer bien el diseño de los grupos. Simplificando digamos que se trata de un estudio en el que a un grupo de personas, elegidas al azar se las destina a un grupo control que no recibe el curso de formación porque no hay preparadores y deben esperar durante cuatro meses. Aunque esto parece así de simple, la verdad es que al final se ve que se ha hecho un estudio longitudinal porque a los 115 sujetos de los que pueden tener control durante 20 meses. De esta manera se presentan los resultados de estos sujetos antes de comenzar el estudio (línea base), pasados cuatro meses desde el comienzo del curso, a los 8 meses y a los 20 meses. Son pues, casi dos años de seguimiento.

¿Cuáles son las variables dependientes en las que quieren demostrar la eficacia del curso?. Unas son variables de conducta: conocimientos adquiridos durante el curso y retenidos en el tiempo, tiempo medio mensual dedicado al ejercicio físico, el dedicado a la relajación. Otras variables se refieren explícitamente a la salud: cantidad de dolor, incapacidad vivida en la vida práctica al tener que realizar tareas de la vida cotidiana: comer, bañarse, alcanzar cosas, agarrar y caminar; número de visitas al médico durante los últimos cuatro meses. Pero también miden variables psicológicas que, como se verán no aparecen en los resultados, pero que para la intención del presente curso resultan de interés primordial: locus of control de la conducta de salud y satisfacción.

Los resultados se presentan en la tabla 3 y se representan en la gráfica 2, la tabla es copia de la de los autores (p. 683) la gráfica es generada a partir de esos resultados. Para interpretar estos resultados hay que tener en cuenta que las puntuaciones de los meses 4,8 y 20 son puntuaciones de la diferencia en comparación con la línea base y no en comparación con la medida inmediatamente anterior. Por eso se ve que no existe progreso más allá de los cuatro meses donde el progreso es, en general, significativo.

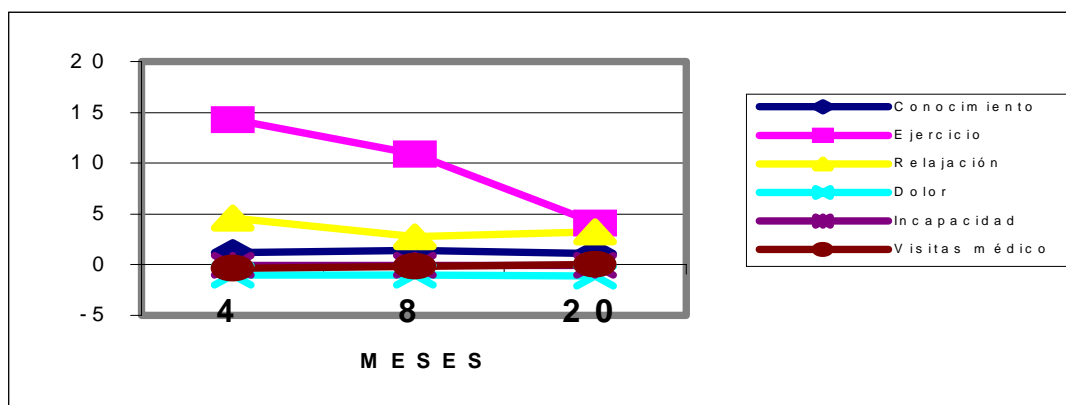
Donde mejor se observa este no progreso es en la gráfica 2 que representa estos datos. Aunque para interpretar dicha gráfica hay que tener en cuenta que las medidas no se han homogeneizado e indican simplemente si existe o no progreso o receso respecto a la línea base que se tomó antes de comenzar el tratamiento. Si alguien llegara a ver los artículos originales y se diera cuenta de que las medidas que los autores presentan en la tabla 4 de su artículo y en la tabla 5 cuando transcriben los datos de los cuatro meses, debe tener en cuenta que las muestras son distintas. En la 5, que es la de seguimiento se ponen las puntuaciones solamente de los 115 sujetos con los que mantuvieron contacto., en la 4 son todos los sujetos (190) que participan en el primer estudio.

Tabla 3: Cambios medios producidos a los 4,8,12 y 20 meses en comparación con la línea base medida antes de comenzar el curso de formación.

Variables	Línea base	Media de cambios		
		4 meses	8 meses	20 meses
Conocimientos	9,94	1,25	1,40	1,08
Ejercicio físico/mes	12,08	14,3	10,88	4,09
Relajación/mes	7,12	4,64	2,78	3,24
Dolor: medida visual	4,48	-1,03	-1,01	-1,09
Dolor, medida ordinal	2,15	-,39	-,42	-,34
Incapacidad	0,63	-,07	-,05	-,03
Visitas al médico	1,25	-,39	-,17	0,06

Las conclusiones son claras: los sujetos que han pasado por el curso mejoran significativamente respecto al grupo control en todas las medidas, excepto en el número de conductas de la vida cotidiana en las que se ven incapacitados para ejecutar y en las visitas al médico. Cuando se examina la conducta de manera longitudinal se demuestra que estos logros conseguidos a los cuatro meses no mejoran en los meses sucesivos. El curso es eficaz, se obtienen unos resultados que permanecen en el tiempo. Estos resultados son repetidos varias veces a lo largo de los estudios que se mencionarán a continuación. En ellos se van acumulando los resultados de los grupos cuando están en fase control y luego de pasar por la fase experimental. En estas revisiones de todos los datos, y con muestras de seguimiento de más de 500 sujetos se ve cómo la eficacia del curso es alta en casi todos los aspectos de la enfermedad. {Lorig, Seleznick, et al. 1989 #1810}

Gráfica 2: mejoras o pérdidas en relación con la línea base a los 4, 8 y 20 meses según datos de {Lorig, Lubeck, et al. 1985 #1740}



Desde la perspectiva del título del presente capítulo: autoeficacia y conducta de salud, se echan en falta los resultados de dos variables: la del locus of control y la de la satisfacción. Pero esto que no aparece aquí, aparece posteriormente {Lorig & González 1991 #1710}.p. 6: no hubo correlación alguna.

Los resultados eran prometedores. Podían continuar con los cursos porque las mejoras eran evidentes cuando se comparaban con el grupo control. Pero no les satisfizo el hecho de que esta mejora se estancara. Por eso, y antes de que se plantearan hipótesis alguna sobre los procesos que intervenían, lo que se proponen es mejorar la técnica. Visto que la mejora aparece a los cuatro meses, que se sostiene bien hasta los 8 y que, en muchas medidas, desciende a partir de ese momento, pensaron en elaborar **un curso de ayuda o refuerzo** que darían a las personas al año justo de haber hecho el primero. {Lorig 1989 #1750}.

Quien tenga formación en psicología debe olvidarse de la palabra refuerzo. No se entiende en este artículo como ningún tipo de gratificación por realizar alguna conducta. Se refiere simplemente a un curso de refuerzo, de recordatorio. El curso, tal como lo describen, es de características semejantes, si no idénticas a las descritas en la presentación del primero. Personas, líderes, contenidos y ejercicios son iguales. Por lo tanto la única variable que se proponen es el hecho de que un grupo de pacientes reciban un segundo curso al año de haber realizado el primero o que no lo reciban. Todo esto es posible porque el Centro de Artritis de Stanford seguía impartiendo los cursos en el área de la bahía de San Francisco.

En esta investigación participan, originariamente, 589 pacientes. Todos ellos hacen el curso básico ya descrito. Al año de haberlo hecho se les divide al azar en tres grupos. La mitad de ellos son asignados al grupo experimental, que repetirán el curso. Un tercio de los pacientes formarán el grupo de lectura: se les avía un periódico bimensual sobre la artritis durante ocho meses, el tercio restante serán el grupo control al que no se le intervendrá de manera alguna. Como se esperaba del grupo experimental sólo la mitad de ellos (un tercio del total) aceptan repetir la experiencia de un nuevo curso.

Los resultados indican que los sujetos de todos los grupos, cuando se les compara su línea base tomada antes de comenzar el curso, han mejorado significativamente, también en las medidas de *dolor, incapacidad, depresión y visitas al médico*. Cuando se comparan entre ellos, todos los grupos han mejorado por igual.

Pero lo que interesaba era la mejora que pudiera proporcionar el hecho de repetir el curso. Los resultados no son nada alentadores que se presentan en la tabla 3 no son nada alentadores porque indican que son los pacientes que repiten el curso los que se diferencian los demás en que se sienten más deprimidos. Claro que eso ya les distinguía cuando se les comparó con aquellos que fueron invitados a participar en el curso y no aceptaron la invitación. Parece pues que los que quisieron participar en el curso eran ya más depresivos y el curso no les ayuda nada a vencer esa depresión.

Esto no obstante, la conclusión de los autores es clara: *Aunque el refuerzo no aumenta los efectos de la intervención original, el ASMC (Arthritis Self-Management Course) muestra ser eficaz para reducir el dolor, la depresión y las visitas médicas 20 meses después.* {Lorig 1989 #1750}, p. 223. A uno le recuerda esto el famoso estudio de Cambrige y Sommerville que recogen Lee Ross y Richard Nisbett {Ross & Nisbett 1991 #1760} en el que se demuestra que los grupos de niños y adolescentes que reciben la asistencia médica y psicológica no se diferencian en sus vidas posteriores de los que no la recibieron, y, si aparece alguna diferencia era perjudicial para aquellos recibieron ayuda masiva. Los autores analizan inteligentemente cómo el exceso de ayuda pudo

crearles una desconfianza en sus propias capacidades. También me recuerda aquel otro estudio de Bandura Jeffery y Wright {Bandura, Jeffery, et al. 1974 #180} en el que demuestran que el exceso de ayuda produce una generalización más corta de sus logros que quienes reciben una ayuda sólo moderada.

Cuando Kate Lorig {Lorig & González 1991 #1710} intentan hacer una breve historia de sus cursos para mejorar la calidad de vida de las personas que padecen artritis sin que esto les suponga, ni para ellos ni para el Estado, un coste excesivo, afirman que aquí pudo haber terminado la historia de la evaluación de tales cursos. Pero, dicen, su preocupación ahora era la de descubrir cuáles eran los procesos psicológicos por los que tales resultados se obtenían.

La verdad es que, analizados de cerca los escritos sobre los cursos ASMC sí se nota la preocupación de Lorig por hallar los procesos. Que nosotros podamos ver en los escritos, se habían preocupado por analizar la relación de los resultados de los cursos con dos variables psicológicas: la del locus of control e, indirectamente, con las teorías de la indefensión (desde el momento que la indefensión no es más que una atribución de lo que nos pasa a causas que nosotros no podemos controlar, como sería la enfermedad física). En el planteamiento del curso se había hablado explícitamente de las teorías complementarias de las creencias sobre la salud y las actitudes ante la salud. En definitiva: habían tratado de lograr la modificación de la conducta ante la artrosis y los efectos de dicha enfermedad modificando las creencias y actitudes de las persona: atribuciones (locus of control e indefensión) y actitudes: cambiando los conocimientos.

Hace muchos años, desde la famosa experiencia de La Piere {La Piere 1934 #1730} se ha demostrado que las relaciones entre las actitudes y la conducta son muy escasas. Los sujetos de esta investigación vuelven a confirmarlo.

En el escrito con González {Lorig & González 1991 #1710} ofrecen otros datos que abundan en esta su preocupación por buscar los procesos psicológicos y que, en sus líneas generales están extraídos de {Lorig, Seleznick, et al. 1989 #1810}, un artículo claramente diseñado para encontrar las relaciones que existen entre los resultados de aprendizaje y los de ejecución y los verdaderos síntomas de esta enfermedad. La tabla 4 expresa lo que las autoras comunican inesperadamente en este manuscrito.

Gráfica 3: Cambios medios producidos por los sujetos del grupo experimental, grupo recibió el periódico y el grupo control entre los meses 8 y 20. (Según datos de {Lorig 1989 #1750})

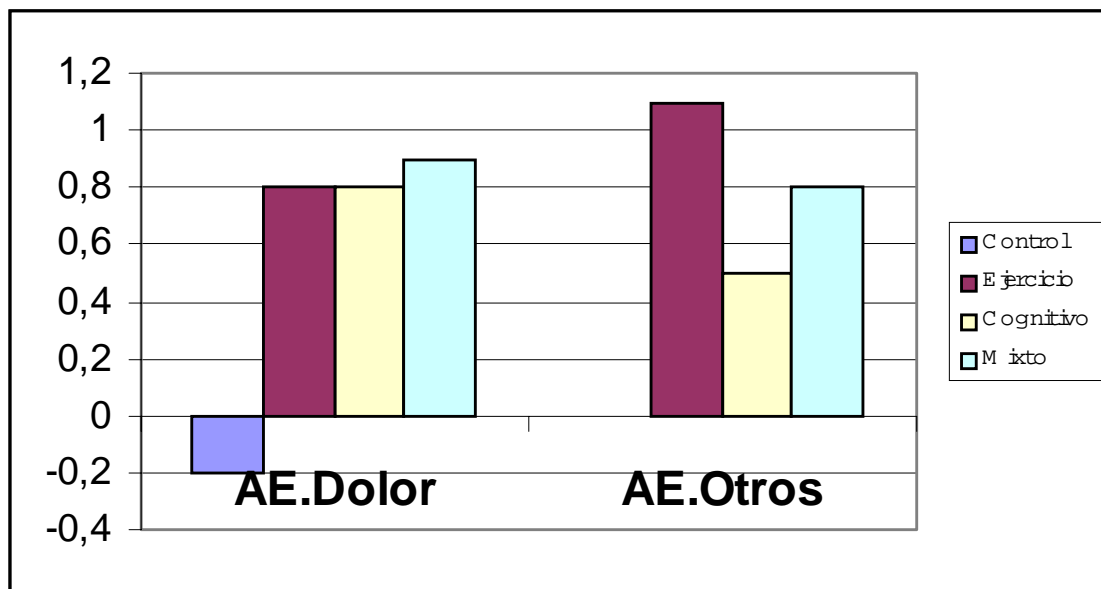


Tabla 4. Correlaciones entre los conocimientos, ejecución y relajación los síntomas de la artritis

	Dolor	Incapacidad	Depresión
Conocimientos	-.05	-.01	-.05
Ejercicio	-.14	-.10	-.02
Relajación	-.04	.01	-.02

Si para los psicólogos sociales no resulta extraño que no se encuentren relaciones entre conocimiento, actitudes, opiniones y la conducta, lo que sí resultaría extraño es leer de las autoras cómo la conducta de salud: el ejercicio físico, la dieta, etc. tampoco correlaciona significativamente con la disminución de los síntomas. *Ninguna asociación fue superior a .14.* Los análisis de regresión que aparecen en la tabla 3 del estudio *Los resultados benéficos del curso de gestión personal de la artritis no se explican adecuadamente por los cambios de conducta*, muestran claramente que la ejecución no mejora los síntomas de la artritis: dolor, depresión e incapacidad. Resultan claramente extraños estos resultados. Cualquier exposición que los autores hacen de este momento {Holman & Lorig 1992 #1830} muestran su extrañeza porque la ejecución no explicara, ni en correlación, ni en la regresión, los efectos benéficos del curso.

3. Descubrimiento de la autoeficacia

En estas andaba Lorig cuando en uno de esos encuentros casuales de los que, según Bandura {Bandura 1982 #1780} definen nuestras vidas siempre que se encuentran con el receptor adecuado se encuentra con Albert Bandura. Fue durante una reunión informal entre miembros de la Universidad para felicitarse mutuamente las Pascuas de Navidad. Lorig le cuenta lo que está haciendo, lo que está buscando y Bandura le dice que la respuesta la tiene en su teoría de la autoeficacia. No es de extrañar este encuentro desde el momento en que Bandura ya había colaborado con los profesionales de la unidad de coronarias de la misma facultad de medicina en la que trabajaba Lorig.

La colaboración comienza en ese momento. Aunque Bandura no aparece en las publicaciones de Lorig, Bandura sí menciona alguna comunicación realizada en conjunto {Bandura 1992 #1820}. Kate Lorig y sus colaboradores se ponen manos a la obra para elaborar una escala de autoeficacia para afrontar la enfermedad de la artritis. {Lorig, Chastain, et al. 1989 #1790}. Puede seguirse este artículo pues, por su minuciosidad, es un ejemplo de cómo construir adecuadamente un cuestionario de autoeficacia.

Tras la conversación con Bandura los autores quieren comprobar la hipótesis de una manera informal. Después de impartir cursos a 54 artríticos comparten con ellos sus

experiencias sobre el curso. La mitad de ellos habían logrado rebajar su dolor y mejorado en sus habilidades de la vida cotidiana. La otra mitad no había mejorado. Los que han mejorado atribuyen el éxito a que el curso les ha concedido una especie de control sobre la enfermedad, se sienten capaces de influir sobre sus consecuencias. Los que no han mejorado entienden que no tienen poder alguno sobre tales consecuencias. Esto, pues es muy semejante a las nociones de la autoeficacia. Y para quien conoce el origen de la teoría de la autoeficacia le recuerda las expresiones de los fóbicos a las serpientes a quienes el modelado participante había puesto de nuevo en la calle y en las barbacoas californianas de fines de semana: Ahora tenían más fe en ellos mismo: *las personas que, tras la realización de curso, habían mejorado pensaban que la artritis nos les había dañado irremediablemente sus vidas y que podían hacer algo para mejorar la situación, los que no mejoraron tenían una visión contraria*{Holman & Lorig 1992 #1830}, p.317

Comienzan los autores exponiendo algunos conceptos de la autoeficacia. En especial insisten en la definición como juicio de capacidad para llevar a cabo una conducta determinada con el propósito de conseguir un fin. También insisten en la especificidad, por lo que no basta un cuestionario cualquiera de autoeficacia, sino que tenían que elaborar un cuestionario específico para los enfermos de artríticos. La autoeficacia, repiten con Bandura, no es ningún rasgo de personalidad; no existe una autoeficacia general petrificada.

El primer paso, pues, es generar las conductas en las que ha de manifestarse la autoeficacia para afrontar la artritis. Los autores piden a un especialista en reumatología que elabore un elenco de aquellas conductas importantes y específicas que deben realizar las personas que padecen esta enfermedad. El especialista mencionó 23. Estas preguntas son discutidas, en grupos de discusión, con 3 grupos de pacientes, grupos compuestos entre 5-10 personas como mandan los cánones. Se quiere saber si se entienden y cómo las interpretan. Seguidamente se les explica la noción de autoeficacia y los grupos de discusión aportan 20 ítems nuevos y dan nueva forma muchos de los anteriores. Esto constituye el primer cuestionario de autoeficacia para afrontar la enfermedad de la artritis compuesto de 43 ítems.

Comienzan los análisis psicométricos del cuestionario. Se aplica a una muestra de 97 sujetos que están realizando el curso. Se hacen dos análisis psicométricos básicos: el de la correlación de cada ítem con el total, que elimina a varios de los ítems. Luego se hace un análisis factorial para saber cómo se agrupan los ítems. Se admiten solamente aquellos ítem que cargan por encima de .40 en los factores. El análisis factorial pone de manifiesto dos constructos dentro del mismo test: En el primer factor se agrupan aquellos ítems que se refieren al funcionamiento físico (FSE: functioning self-efficacy); en el segundo factor se agrupan otros ítems que hacen referencia al control de otros síntomas de la enfermedad de la artritis. (OSE: Others Self-Efficacy). Con estos primeros resultados del análisis factorial o de constructo ya obtienen resultados tan prometedores como los que aparecen en la tabla 5.

Elaborado el cuestionario, vuelven a realizar estudios semejantes a los que se han descrito hasta ahora: los autores siguen con el curso y siguen midiendo las mismas variables: conocimiento, dolor, ejercicio, relajación, incapacidad. La novedad reside en que esta vez miden, además la autoeficacia para afrontar los síntomas de la artritis. Los

primeros resultados que obtienen los autores no pueden ser más alentadores. Los sujetos son de la misma naturaleza que los descritos hasta el presente. Pertenecen tanto a grupos control como a grupos en tratamiento. Se les mide la autoeficacia antes de comenzar y cuatro meses después. Los resultados aparecen en la tabla 5.

Tabla 5: Correlaciones entre las medidas de la autoeficacia y los síntomas de la artritis

	Dolor	Incapacidad	Depresión
1. AE base con Salud base			
• FSE	-0.35	-0.68	-0.45
• OSE	-0.45	-0.41	-0.45
2. AE base con Salud 4 meses			
• FSE	-0.44	-0.68	-0.32
• OSE	-0.40	-0.42	-0.39
3. AE 4 meses Salud 4 meses			
• FSE	-0.48	-0.73	-0.48
• OSE	-0.55	-0.54	-0.60

El segundo paso que caminan los autores es, aunque no lo digan, un paso de **desconfianza en la medida de la autoeficacia**. Quienes trabajan con el tema de la autoeficacia sospechan siempre que, por ser una medida subjetiva, sea una especie de profecía autocumplida o una especie de engaño personal. Los conocedores de la historia de la autoeficacia saben que el primer desconfiado fue Albert Bandura, que realiza varias investigaciones para demostrar que la autoeficacia está más allá de la mera subjetividad. El caso más claro es el estudio de Telch {Telch, Bandura, et al. 1982 #1800} en el que unos sujetos hacen explícitos los juicios de autoeficacia y otros los mantienen ocultos y los resultados finales son los mismos para ambos grupos dependiendo de la autoeficacia percibida para superar la agorafobia. Pues bien, en este estudio confirmatorio Lorig y sus colaboradores piden a 43 artríticos que rellenen el cuestionario de autoeficacia. Luego les visita un evaluador ignorante de las respuestas de los sujetos. El evaluador observa las conductas de los pacientes y las califica en una escala. Los resultados de esta observación se relacionan con la autoeficacia marcada por los sujetos y la correlación entre la autoeficacia de ejecución o funcionamiento y la medida del observador entrenado era de 0.60.

Estudios psicométricos posteriores dieron lugar a la parición de tres factores en el cuestionario de la autoeficacia personal percibida frente a los síntomas de la artritis: a) autoeficacia de funcionamiento, b) de control del dolor y c) de otros síntomas. Estos resultados son los que dieron lugar al cuestionario que actualmente se utiliza y que ha servido para investigaciones posteriores. Aplicando esta nueva construcción del cuestionario y a nuevas muestras de personas que realizan el curso hallan nuevamente confirmados los resultados anteriores, como se muestra en la tabla 6

Tabla 6: Correlaciones entre las medidas de la autoeficacia y los síntomas de la artritis{Lorig & González 1991 #1710}

	Dolor	Incapacidad	Depresión
4. AE base con Salud base			
• PSE	-0.29		
• FSE		-0.76	
• OSE			
5. AE base con Salud 4 meses			-0.44
• PSE	-0.26		
• FSE		-0.71	
• OSE			-0.41
6. AE 4 meses Salud 4 meses			
• PSE	-0.41		
• FSE		-0.32	
• OSE			-0.29

Una copia de los ítems que componen este cuestionario se halla en el apéndice de este escrito.

4. Un nuevo curso basado en la autoeficacia:

Los autores en todas sus revisiones nos cuentan cómo a partir de los resultados que se acaban de exponer tienen muy claro que ha de modificarse la estructura del curso para fortalecer la generación de juicios de autoeficacia en quienes asisten al mismo más que fortalecer el hecho de que ejecuten la conducta adecuada.

La verdad es que, como dicen, el curso original ya tenía muchos elementos que favorecían la elaboración de los juicios de autoeficacia en los sujetos: compromiso, modelado, interpretación de los síntomas de la enfermedad, etc. Pero ahora lo van a hacer de manera más consciente.

Los profesores del Centro de Reumatismo de Stanford aprenden que la autoeficacia se genera de cuatro maneras fundamentales: la propia ejecución, el modelado, la persuasión y la adecuada interpretación de los síntomas corporales y psicológicos. La última parte del manuscrito de Lorig y González está dedicado a las estrategias utilizadas en el diseño del nuevo curso para lograr una mayor autoeficacia frente a la enfermedad crónica.

La ejecución personal, la trabajan en el curso mediante las estrategias de la gestión personal. Los autores insisten solamente en uno los procesos diseñados por Bandura a lo largo de los años {Garrido 2001 #1840} el establecimiento de metas exactas y precisas, pero a corto o mínimas. Con la importancia del feedback que recibe el sujeto al comienzo de la nueva clase. También se insiste en el contrato escrito para conseguir esas pruebas. No se hace mención, por ejemplo, de la importancia de la

monitorización, si bien en los cuadernillos sí existe hojas en las que anotar los logros. Ni se menciona siquiera el tema de las gratificaciones. Diríamos que en este aspecto los autores favorecen más los aspectos de la teoría de Locke que la teoría de Bandura, si bien el feedback, como se sabe es una estrategia desarrollada y probada por Bandura y Cervone {Bandura & Cervone 1983 #1850}

Al hablar del *modelado*, recuerdan cómo en el curso original ya existía porque uno de los líderes docentes del grupo era una persona que padecía artritis, lo mismo que los pacientes a los que enseña. Una segunda manera de encontrar el modelado estaría en las discusiones de grupo, cuando uno de los miembros expone una dificultad vivida y los demás le dicen cómo la solucionan ellos. Finalmente los autores dicen que a través del libro de autoayuda también se fomenta el modelado porque en él aparecen siempre fotografías de personas que padecen artritis utilizando los instrumentos o haciendo los ejercicios recomendados. {Lorig & Fries 1990 #1860}.

La persuasión, no parece que la trabajen demasiado. Quizás tampoco merece más desde el momento en que es la que menos eficaz es. Los autores insisten en que el líder docente del grupo promueve la autoeficacia exigiendo al sujeto que se proponga unas metas un poco mayores, que haga un esfuerzo porque es posible. También mencionan el ánimo que otorgan los demás compañeros del grupo. Personalmente me gusta que digan que el hecho de proponer metas mayores es un modo de persuasión, pues desde hace tiempo vengo diciendo que una meta puesta desde fuera motiva, no por lo que dice Locke, sino porque una meta propuesta por una autoridad es un modo de decir a los sujetos que son capaces de alcanzarla, y esto es generar autoeficacia más que motivar por las metas *per se*.

Finalmente estaría la *interpretación de los síntomas* de la enfermedad. Si en algún tipo de actividad es necesario señalar la importancia de esta fuente de autoeficacia es, precisamente, en la autoeficacia ante la enfermedad. Cosa que se ha probado en otros programas de recuperación de personas que han sufrido un infarto cardíaco. {Taylor, Bandura, et al. 1985 #1870}. Los autores dicen que esto lo hacen desde el primer momento del curso, pues lo primero que hacen los sujetos cuando llegan a la primera clase es responder a un cuestionario sobre los *mitos* de la artritis.¹ Una segunda forma estaría en explicar que los estados de ánimo bajos, el dolor, y la incapacidad no siempre se deben a la artritis. La explicación de la enfermedad de la artritis es otra manera de interpretar bien sus síntomas.

Desde la teoría social cognitiva se podrían añadir más matices a estas propuestas de los autores. Pero en principio se ve que el curso está dirigido por los principios e hipótesis de la autoeficacia percibida.

5. Validez de los nuevos cursos

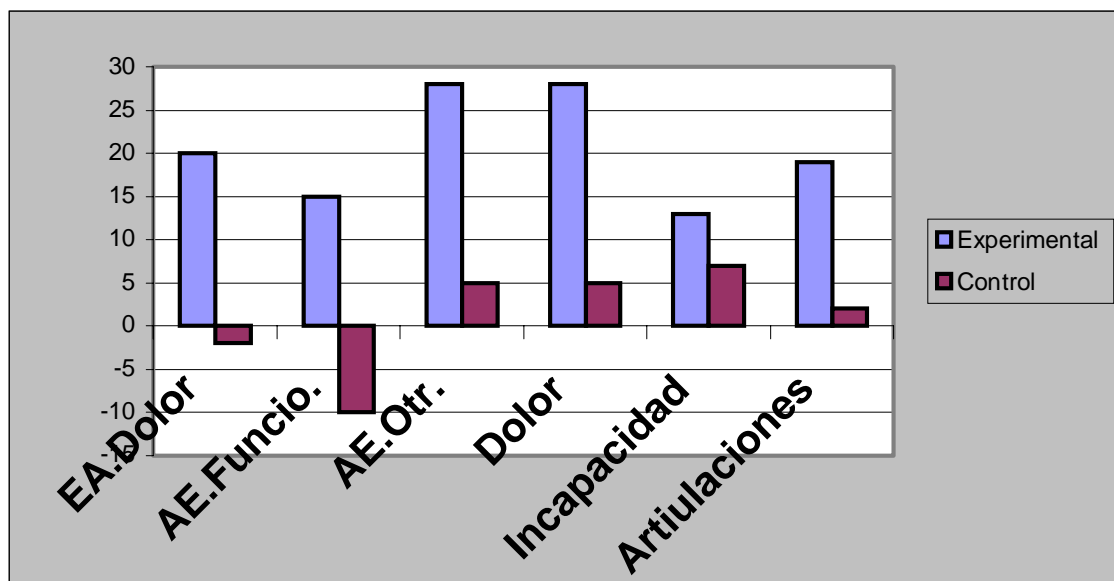
A estas alturas de la exposición se conoce ya el espíritu investigador de Kate Lorig. No puede extrañarnos que ponga a prueba este nuevo curso. Nos dice que lo pone a prueba de dos maneras o en dos momentos.

En el primero hace que los cursos nuevos que va a impartir el Centro de Artritis de Stanford en el área de la bahía de San Francisco, sin perder el carácter original,

¹ En uno de los apéndices se traducen las 6 preguntas a la que hacen referencia Kate y Virginia.

ponga el acento en aspectos distintos del mismo. Y en función de estos aspectos divide a los grupos en: Grupo control, cognitivo, de ejecución y mixto. Los resultados muestran que todos ellos mejoran en la autoeficacia y mejoran en los resultados que ya sabemos: dolor, incapacidad, depresión cuando se comparan con la línea base. Así se demuestra en la gráfica 4:

Gráfica 4: Aumento en autoeficacia ante el dolor y otros síntomas de la artritis según el grupo de tratamiento {Lorig & González 1991 #1710}



Otros resultados ofrecidos en esta misma exposición, demuestran que los grupos mejoran también en los otros síntomas, en comparación con el grupo control. Pero esto era ya de esperar. Lo que se demuestra en la gráfica 4 y en los resultados de los que procede es que cualquiera de los cursos aumenta por igual la autoeficacia. Se supone que aumentando la autoeficacia se aumenta los otros rendimiento.

Una segunda prueba a que han de someterse los autores es aquella en la que se comparen los resultados obtenidos **con este curso y con el anterior**. Si se hallase diferencia se demostraría, indirectamente, que el nuevo curso, que se ha centrado en resaltar la autoeficacia es mejor que el curso anterior que ponía más el acento en el conocimiento de la enfermedad y en el ejercicio físico que fortaleciera los músculos para ayudar a la estructura ósea.

Lorig nos cuenta las dificultades que tuvieron para poder realizar esta investigación porque en este tiempo tuvo lugar el último gran terremoto de San Francisco. Por lo que tuvieron que retrasar esta experiencia. Son estas notas curiosas de las investigaciones que las hacen más humanas y que a los investigadores nos gusta comparar con otros investigadores. Todos tenemos nuestros planes que se frustran, como mis investigaciones sobre este tema y esta metodología. Una tesis que creí sería la que más rápidamente hiciera alguno de mis alumnos, y que es la que más se ha retrasado. ¿Para siempre?. Finalmente, en el año 1990 pudieron hacer esta comparación

con los resultados esperados: los sujetos que habían realizado el nuevo formato de curso basado en el fomento de la autoeficacia ante la artritis mejoraron mucho más que los que habían realizado el curso con el formato anterior. Naturalmente que esta comparación pueden hacerla porque los autores no han tirado los datos de los cursos anteriores. Contaban con 500 sujetos del formato anterior. Los del formato nuevo son 97. Los autores reconocen la posición desfavorable del segundo grupo para alcanzar resultados significativos. Esto no obstante los resultados son los que se muestran en la tabla 7. {Holman & Lorig 1992 #1830}

	Programa original N=500		Programa reformado N=97	
	Línea base	Cambios a los 4 meses	Línea base	Cambios a los 4 meses
Dolor (0-10)	4.8	-12%	5.7	-18%
Incapacidad (0-3)	.7	-1%	.91	-10%
Depresión (0-60)	12.7	-8%	15.2	-16%

6. Consolidación del programa.

Aunque quedan cabos por atar, como una exposición más directa de las relaciones causales entre autoeficacia y estos logros de los programas, las hipótesis se han confirmado. Pero los autores, estos y otros de su mismo entorno han seguido trabajando sobre las hipótesis de la autoeficacia. Para terminar me referiré a dos que aparecen frecuentemente citadas en los escritos de Bandura sobre autoeficacia y conductas de salud.

Como ha podido comprenderse siguiendo la concatenación de estudios que se han presentado hasta ahora primero se hace la investigación sobre los síntomas y creencias, seguidamente se establece el primer tipo de curso y se realizan los estudios sobre su mejora en comparación con el grupo control; esta mejora se estudia a los 4,8,20 meses y se demuestra que no aumenta la mejora alcanzada a los 4 meses de tratamiento. Se intenta reparar esta deficiencia aparente, repitiendo un curso de refuerzo al año, pero se descubre que es de poco valor. A continuación se trata de estudiar ya los procesos que intervienen y se descubre que ni el conocimiento ni el ejercicio ni la relajación (pilares del curso) correlacionaban ni explicaban en la regresión la mejora de los pacientes. Se buscan otras alternativas: el locus of control, la indefensión, la teoría de las creencias de la salud y la teoría de la acción razonada, pero no se encuentra nada significativo. Casualmente Kate Lorig habla del tema con Bandura, quien le propone la teoría de la autoeficacia. Tratan comprobarla. La primera comprobación la hallan en las declaraciones de los sujetos que mejoran y los que no mejora. Esto hace que desarrollen un nuevo curso siguiendo los dictados de la teoría de la autoeficacia. Enseguida descubren que las correlaciones entre la autoeficacia y los resultados del curso son elevadas y significativas. Finalmente comparan los resultados de los que fueron entrenados con el primer tipo de curso y los entrenados con el curso diseñado a

medida de las cuatro fuentes de la autoeficacia (ejecución, modelado, persuasión e inferencia) y hallan la diferencia entre ambos métodos. Los resultados, acaba de verse, están a favor de los que han realizado el curso centrado en la autoeficacia

Como los autores van conservando los datos de todos sus pacientes, en 1990 y 1992 nos presentan unos nuevos resultados de seguimiento. A los cuatro años de haber finalizado los cursos de formación, y sin que hubieran recibido nuevos cursos de formación, los pacientes responden de nuevo al cuestionario autoadministrado. El cuestionario les pregunta por sus distintas clases de autoeficacia, su control del dolor, las incapacidades diarias, la depresión y las visitas al médico. En el manuscrito de Lorig y Holman aparecen solamente los datos de aquellos sujetos que hicieron el curso de refuerzo (224 sujetos). En este grupo se presenta sólo una medida general de autoeficacia. En la exposición que hacen Holman y Lorig (1992) aparecen en la tabla 4 los resultados de otro grupo compuesto por 177 sujetos a los que ya se le ha aplicado un cuestionario de autoeficacia más matizados.

Los resultados de estos estudios son los que aparecen frecuentemente en las exposiciones de Bandura cuando habla de autoeficacia y salud. En la tabla 7 se reproduden los datos tal como los exponen Holamn y Lorig (1992).

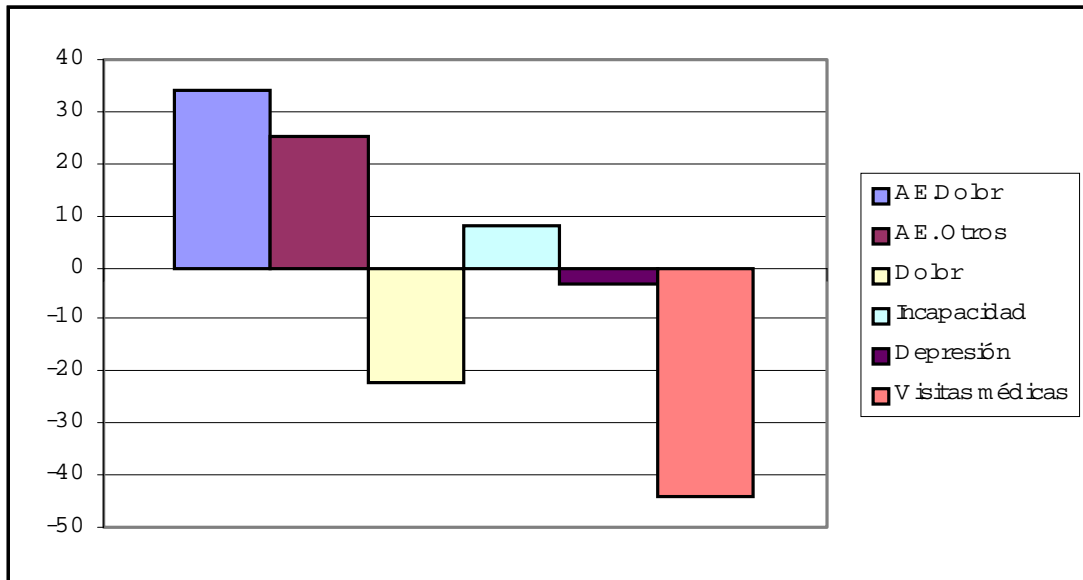
Tabla 7: Cambios producidos en los pacientes que han seguido el curso de formación para afrontar la artritis a los cuatro meses y a los cuatro años((Holman y Lorig, 1992,p.319).

	GRUPO I N=224		GRUPO II N=177	
	4 meses	4 años	4 meses	4 años
Dolor	-12%	-19%	-17%	-22%
Incapacidad	-3%	+9%	-4%	+8%
Depresión	-11%	-2%	-18%	-3%
Visitas médicas	-21%	-43%	-24%	-44%
Autoeficacia: primer cuestionario	+17%	-17%		
Autoeficacia dolor			+12%	+34%
Autoeficacia otros síntomas			+10%	+25%

N:B.Los cambios son a partir de la línea base antes de comenzar el tratamiento

Puesto que cualquiera que se interese por el tema de la autoeficacia y las conductas de salud y lea las publicaciones de Bandura sobre el tema hallará que presenta siempre unas gráficas que hacen referencia a estos resultados, parece oportuno realizar esta gráfica con los resultados del segundo de los grupos que presentan Helman y Lorig: efectos benéficos del curso para convivir con la artritis, curso diseñado siguiendo los principio de la teoría de la autoeficacia.

Gráfica 5: Permanencia de los logros alcanzados en el tratamiento de la artritis 4 años después (Helman y Lorig, 1992)



Parecería que los sujetos han empeorado en su incapacidad para ejecutar las tareas de la vida cotidiana como asearse, cocinar, caminar, llamar por teléfono. Los autores lo reconocen pero añaden inmediatamente que este 9% de aumento en las conductas de incapacidad es significativamente inferior que el 20% que padecen

De esta misma época existe un segundo estudio, con el que finalizamos esta exposición. Se realiza también en el entorno de la Facultad de Medicina de la Universidad de Stanford en la que se habían estudiado temas como la recuperación de personas después de un infarto de miocardio, o se había tratado de modificar el sistema inmunológico.

Las pacientes del estudio de O'Leary, Shoor, Lorig y Holman (1988), son personas que siguen el mismo curso del que ya hemos hablado hasta ahora. La única diferencia es que unos reciben el libro de ayuda personal, descrito anteriormente, y otros asisten al curso. ¿Existirá diferencia entre quienes asisten en persona al curso. Recuerda este estudio al de Gist cuando trata de demostrar si las personas que aprenden un programa de ordenador mediante modelado o siguiendo el libro o manual del mismo aprenden de manera distinta. Se dispone pues de un grupo experimental: que realiza el curso, y de un grupo control que solamente lee el libro

Lo que resulta interesante de este estudio es que en él se introducen nuevas variables que hasta la fecha no habían aparecido, como el sistema inmunológico y el funcionamiento de las articulaciones y la inflamación. Los resultados, como se muestran en la gráfica 6 demuestran que el grupo control. Mejoró en todos los aspectos.

En esta investigación resultaban interesantes aspectos más biológicos, como la inflamación y el mismo sistema inmunológico. Los autores que resumen la investigación, como Lorig y Holman (1992). La inflamación disminuye. Bandura (1992) recoge, en cambio, que aunque no disminuyó sí se manifestó una relación entre la autoeficacia y el sistema inmunológico. *El tratamiento no alteró el funcionamiento inmunológico, pero se halló una relación significativa entre la autoeficacia percibida y los índices inmunológicos.* (p.381)

CONSEJOS QUE PROPONE LORIG PARA QUE SUS ENFERMOS DE ARTRITIS HAGAN SU PLAN SEMANAL. {Lorig & González 1991 #1710}

I. Decidir qué es lo que uno quiere hacer.

Pregunta a la personas, “que hará esta semana”. Es importante que la actividad brote de la persona no de usted (director del curso). Esta actividad no tiene que relacionarse con materias enseñadas en clase, sino con alguna conducta que el participante quiera hacer para modificar su conducta No permita que alguien diga: “Intentaré.... “. Cada persona debe decir “Haré..”

II. Hacer un plan:

Esta es la parte más importante y difícil de contrato. La parte I carece de importancia sin la parte II. El plan debe contener todos estos elementos:

1. Qué, exactamente va a hacer el participante (por ejemplo, hasta dónde va a caminar, cómo va a comer menos, qué técnica de relajación va a utilizar)
2. Cuánto (por ejemplo, caminar alrededor de la manzana, 15 minutos, etc..)
3. Cuándo lo va a hacer. De nuevo, esto debe ser específico(por ejemplo, antes de comer, durante la ducha, al volver del trabajo).
4. Con qué frecuencia realizará la actividad. Esto tiene su truco. Muchos participantes tienden a decir que todos los días. En el contrato lo más importante es tener éxito. Por lo tanto, es mejor decir que lo realizará cuatro veces a la semana y excederse en lo contratado realizando la actividad 5 veces que decir que lo hará todos los días y luego hacerlo sólo durante 6 días. Para asegurar el éxito normalmente animamos a la gente que en su contrato ponga que lo hará entre 3 o 5 días a la semana. Recuerda que el éxito y la autoeficacia son tan importantes, o quizás más importante, que la misma realización de la conducta.

III. Examinar el contrato:

Una vez que se ha finalizado el contrato, pregunta al participante dada una escala de 0 a 100 en la que el 0 significa totalmente inseguro y 100 estar totalmente seguro, qué certeza tienes de que hará (repetir verbalmente el contrato del participante)

Si la respuesta es 70 o más, probablemente se trata de un contrato de un contrato realista y el participante debe escribirlo en su hoja de contrato

Si la respuesta es inferior a 70, se deberá revisar el contrato. Pregunta al participante: ¿ Qué es lo que hace que no esté seguro/a? ¿qué problemas preve? . Seguidamente discutir el problema. Pedir a otros participantes que ofrezcan soluciones. Usted tiene la última solución. Una vez que se ha completado la solución del problema, haz que el participante rehaga su contrato y repetir la valoración del mismo (parte III).

Mitos sobre la artritis

En un momento de la exposición se hace referencia a los mitos de la artritis que tratan de deshacer los autores como método para interpretar sus síntomas adecuadamente y así generar la percepción de autoeficacia. El cuestionario a que se refieren las autoras es el siguientes

Por favor, lee las frases siguientes y haz un círculo en la V (Verdadero) o en la F (falso).

- | | | |
|---|---|--|
| V | F | 1. Si está cansado o fatigado debe descansar |
| V | F | 2. Si al hacer ejercicio siente dolor indica que no debería hacer ejercicio |
| V | F | 3. La artritis es una enfermedad de rotura y desgarros, por lo tanto debe evitarse el ejercicio físico |
| V | F | 4. La mejor dieta para el que sufre de artritis es una baja en grasas y alta en fibra. |
| V | F | 5. Uno puede dañar fácilmente las articulaciones con el ejercicio |
| V | F | 6. Si uno no siente dolor al hacer ejercicio no ha ganado nada con el Ejercicio. |