

Capítulo 2. Una introducción de la teoría social cognitiva en un programa para cuidadores familiares

RODRIGO CÉSAR LEÓN HERNÁNDEZ¹

MARÍA ELENA VELÁSQUEZ SALINAS²

DOI: <https://doi.org/10.52501/cc.303.02>

Resumen

Este capítulo tiene como propósito articular la teoría social cognitiva como uno de los sustentos principales del programa de cuidadores familiares “Trabajando juntos en colaboración”. En primera instancia se contextualiza la teoría social cognitiva como parte de las terapias cognitivo conductuales. Se describe su origen en la fusión de dos enfoques de la psicología (conductual y cognitivo) y sus elementos: estímulo, cognición, emoción y comportamiento. Luego se identifican algunos elementos de la teoría tales como: el aprendizaje por observación y/o vicario, la triada de causalidad (persona, conducta y entorno), el modelado y sus componentes (atención, retención, motivación y reproducción) y la autoeficacia. Posteriormente, se utiliza la técnica del ABC de la terapia racional emotiva para poder llevar a la práctica el conocimiento adquirido y finalmente se describen dos técnicas cognitivas: solución de problemas y de negativo a positivo, así como su utilidad en el programa.

Palabras clave: *teoría social cognitiva, conducta, cognición, aprendizaje vicario, autorregulación, autoeficacia.*

¹ Doctor en Psicología de la Salud. Facultad de Enfermería de Tampico, Universidad Autónoma de Tamaulipas. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5780-4382>

² Maestría en Docencia e Investigación en Estomatología. Ministerio de Salud – Dirección de Redes Integradas de Salud Lima Centro – Adulto Mayor – Perú. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1365-2561>

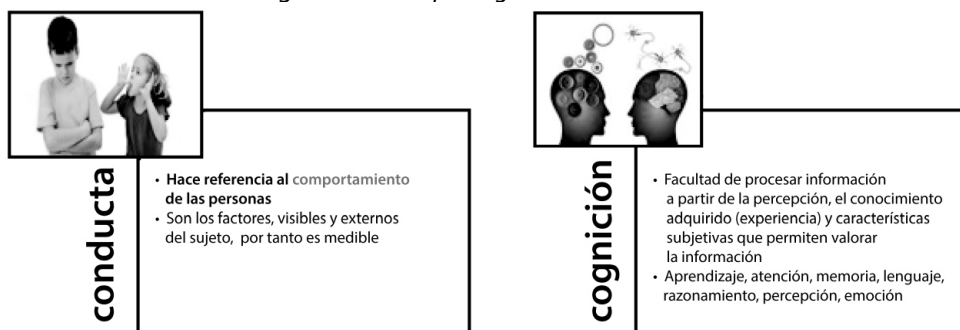
2.1. Enfoque cognitivo conductual y teoría social cognitiva

En esta sección nos centraremos en describir la teoría social cognitiva como parte de las terapias cognitivo conductuales. Iniciaremos contextualizando el enfoque cognitivo conductual, luego continuaremos con su definición, la aplicación en el programa y las técnicas a utilizar para promover el automanejo en el cuidador familiar.

Terapia cognitivo conductual

La terapia cognitivo conductual se define como la aplicación clínica de la ciencia de la psicología, que está fundamentada en procedimientos validados empíricamente (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012). Dicho enfoque está compuesto por dos grandes escuelas: las terapias de la conducta y las terapias cognitivas (véase la Figura 2.1).

Figura 2.1. *Enfoque cognitivo conductual*

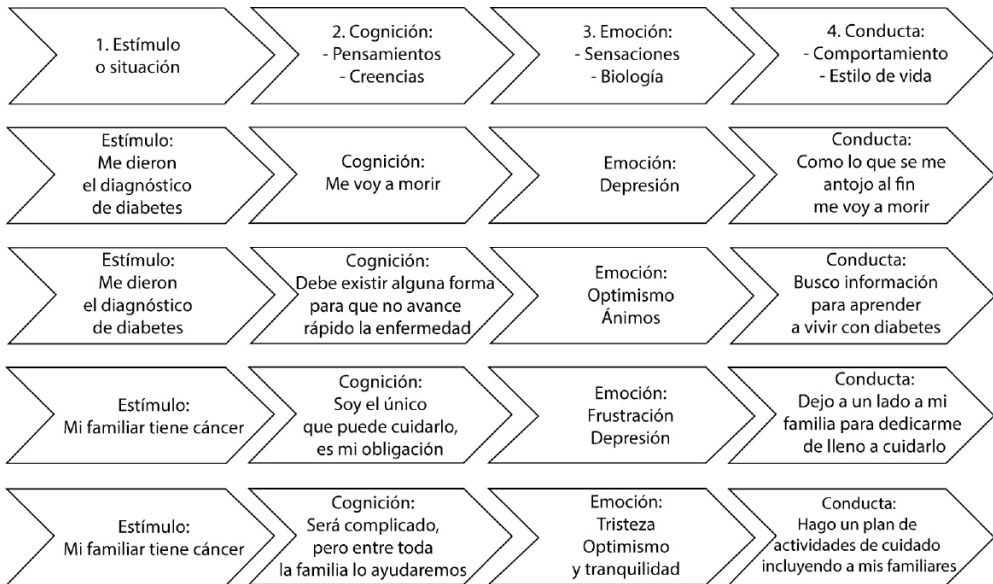


Fuente: Elaboración propia.

En resumen, el proceso de la terapia cognitivo conductual se integra por cuatro elementos:

1. El *estímulo*, que se refiere a las situaciones o circunstancias de la vida a las que se enfrentan las personas, en su mayoría son neutras. Ésta son seguidas por la,
2. La *cognición*, que se refiere la formas en que interpretamos los estímulos, que en ocasiones se convierten en pensamientos irracionales o negativos. Estos pensamientos generan,
3. Las *emociones*, que son generadas por las interpretaciones y en el caso de ser irracionales, seguramente traen consigo sentimientos o emociones desadaptativas y se manifiestan en
4. Los *comportamientos* desadaptativos, que no contribuyen a mejorar la salud de las personas. En la Figura 2.2 se presentan algunos ejemplos.

Figura 2.2. Elementos de la terapia cognitivo conductual y ejemplos



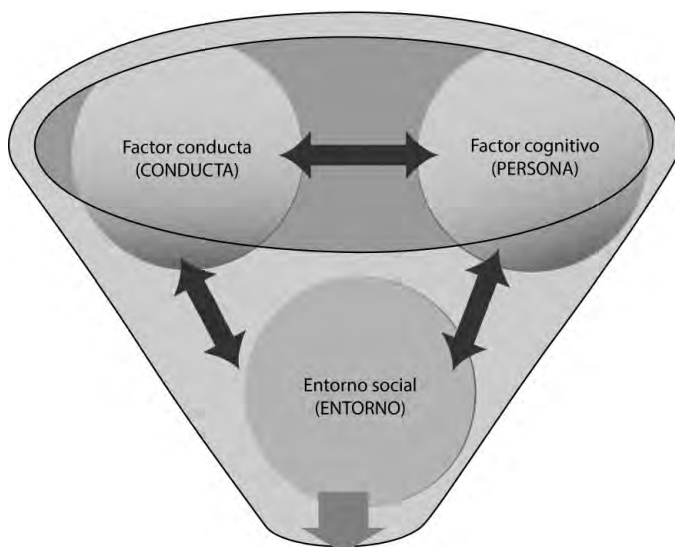
Fuente: Elaboración propia.

Teoría social cognitiva

La teoría social cognitiva desarrollada por Bandura (1986) se ubica en la segunda generación de las terapias cognitivo conductuales. Dicha teoría se caracteriza por la importancia que se otorga a la influencia social y a la capacidad de autoregulación de cada individuo. La aportación fundamental de esta teoría fue considerar el aprendizaje por observación (imitación) como una forma de superar las limitaciones en la adquisición del comportamiento (Ruiz, Díaz y Villalobos, 2012).

Otro de los elementos de mayor relevancia de la teoría social cognitiva considera que el entorno social, el factor cognitivo y el factor conductual son elementos que se interrelacionan entre sí de forma triádica; donde el facilitador es un mediador del aprendizaje y modelo inspirador para el logro de metas establecidas (véase la Figura 2.3). Los conceptos básicos de esta teoría son principalmente la autoeficacia, el aprendizaje vicario (por observación) y la autorregulación (Bandura, 2012; Olivari y Urra, 2007; Zimmerman, 2013; Jara, Olivera y Yerrén, 2018).

Figura 2.3. Triada de causalidad



Fuente: Elaboración de María Guadalupe Díaz Rentería y Rodrigo León Hernández.

Aprendizaje vicario

El aprendizaje vicario se centra en que el individuo aprende a través de la observación, imitación, admiración y modelamiento de acontecimientos, vivencias, y de lo que hace otro u otros individuos en su entorno, y desarrolla un pensamiento reflexivo, donde establece las metas a lograr y las estrategias a emplear; permite una rápida adquisición de patrones de conducta y habilidades complejas (Bandura, 2012; Olivari y Urrea, 2007; Zimmerman, 2013; Jara, Olivera y Yerrén, 2018) (véase la Figura 2.3).

Un ejemplo del aprendizaje vicario es el juego de la comida. Comúnmente este juego se aprende observando lo que hace la mamá cuando prepara las comidas. Durante el juego las niñas imitan a su modelo, es decir, juegan a preparar los alimentos y en ocasiones a dar de comer a los integrantes del juego. Lo curioso es que para este juego no existen reglas o un manual, se aprende a jugar mediante el aprendizaje vicario o por observación.

Modelado

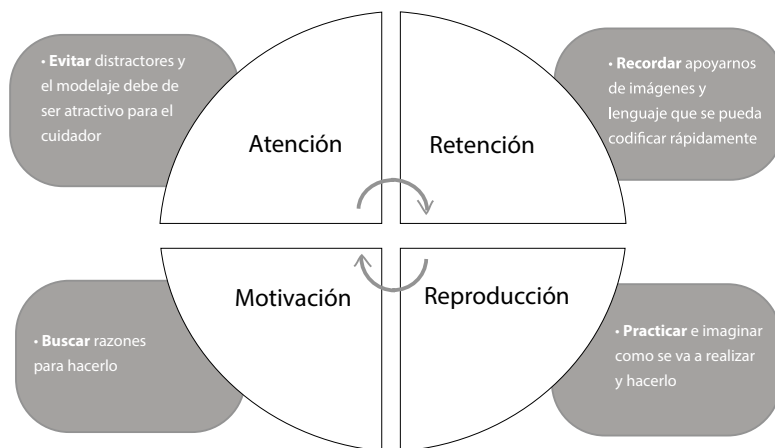
Bandura considero el modelado como uno de los principales elementos del aprendizaje por observación. Señaló que el comportamiento no se desarrolla únicamente a través del condicionamiento, sino también a través de lo que un individuo aprende indirectamente (vicariamente) mediante la observación y la representación simbólica de otras personas y situaciones que dan origen a respuestas nuevas.

Estas nuevas respuestas permitieron identificar cuatro componentes en el proceso de modelado, elemento que es una herramienta fundamental en el programa “Trabajando juntos en colaboración”. Una de actividades de dicho programa, en donde se utiliza el modelado, es en la elaboración de los planes de autocuidado semanal, en la que los facilitadores inician la actividad exponiendo sus planes, para que los cuidadores familiares los utilicen como modelo a seguir y propongan sus planes de manera correcta.

Componentes del modelado:

Atención: El aprendizaje parte de la atención de quien aprende, por lo que es importante que se eviten los distractores y que el sujeto esté atento al modelaje del facilitador.

FIGURA 2.4. *Componentes del modelado*



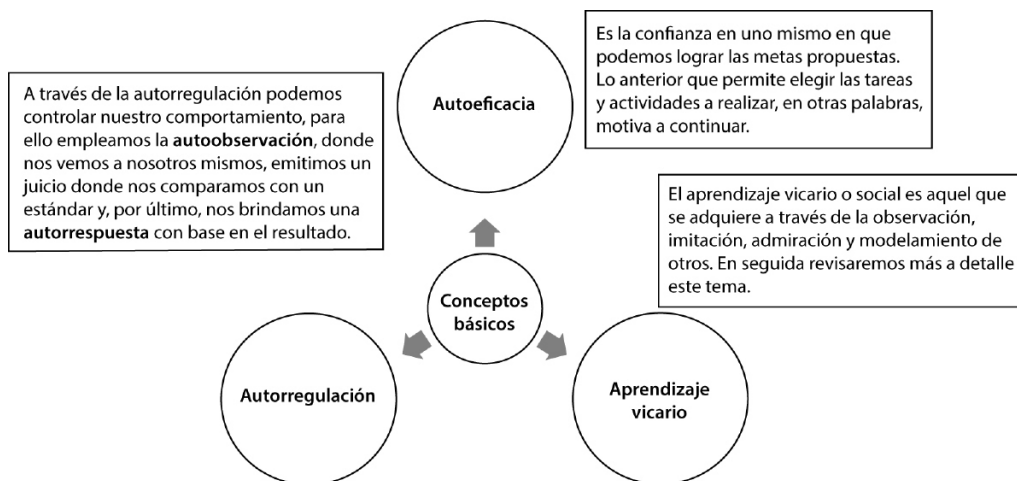
Fuente: Elaboración de María Guadalupe Díaz Rentería y Rodrigo León Hernández.

Retención: Para poder imitar hay que retener la información, por lo que el facilitador debe de utilizar un lenguaje sencillo acorde a la población y emplear recursos didácticos como imágenes, carteles, videos cortos no mayores a 5 minutos, etcétera.

Reproducción: Es poner en acción lo aprendido, de ahí que es importante que se practique lo que se va a realizar.

Motivación: Para lograr el aprendizaje debe existir interés por el conocimiento que se va a adquirir y se debe dar cumplimiento de las expectativas del cuidador para que se estimule a continuar.

En la figura 2.5 se expone la interacción entre los componentes antes descritos (autoeficacia y aprendizaje vicario), aunados a la autorregulación o autoobservación, que es la capacidad de vernos a nosotros mismos y evaluar nuestros resultados

FIGURA 2.5. *Conceptos básicos de la teoría social cognitiva*

Fuente: Elaboración de María Guadalupe Díaz Rentería y Rodrigo León Hernández.

Existe evidencia empírica contundente de la eficacia de intervenciones basadas en la teoría del aprendizaje social, que han demostrado efectos positivos en la salud de personas que viven con enfermedades crónicas y en sus cuidadores. Al respecto, en una revisión sistemática se afirmó que la teoría social cognitiva de la autorregulación es un marco viables para sustentar intervenciones para condiciones crónicas de salud (Tougas et al., 2020). En otra revisión sistematizada se encontró la teoría social cognitiva entre las 4 teorías más efectivas para el automanejo de la diabetes (Zare et al., 2020). En referencia a los cuidadores, se documentó que una intervención basada en la teoría de Bandura, incrementa las conductas de autocuidado y mejora las expectativas de resultados entre los cuidadores de personas con hemodiálisis (Rabiel et al., 2020).

2.2. Aplicación de la teoría social cognitiva en la formación del programa del cuidador

Técnicas cognitivas

Se fundamentan en la consideración de que, ante cualquier situación, las personas no respondemos automáticamente, sino con base en creencias o supuestos contenidos en esquemas cognitivos que nos permiten organizar la realidad. La técnica del ABC de la terapia racional emotiva es una herramienta que ejemplifica con claridad la aplicación de las técnicas cognitivo conductuales en los contextos a los que se enfrentan los cuidadores familiares (véase la Tabla 2.1).

Tabla 2.1. *ABC de la terapia racional emotiva*

<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>
<i>Acontecimientos o situaciones</i>	<i>Creencias o pensamientos</i>	<i>Consecuencias o comportamientos</i>
Ayer perdí mi trabajo	Creencia 1 No podré pagar los alimentos para mi familia. No podré pagar los servicios como la luz y el agua.	Consecuencia 1 Emoción: estrés y ansiedad. Conducta: estoy dando vueltas en la cama, pues no puedo dormir pensando en qué voy a hacer.
	Creencia 2 La realidad es que ya no me sentía tan bien con el trabajo, era mucha sobrecarga.	Consecuencia 2 Emoción: relajado y tranquilo. Conducta: aprovecho y paso la tarde en familia paseando en un parque.
	Creencia 3 Tendré que levantarme muchas veces en la noche a llevarlo al baño, con lo cansado que estoy.	Consecuencia 3 Emoción: intranquilo y presionado. Conducta: empiezo a buscar trabajo.

Mi familiar enfermo ya no puede ir al baño solo porque corre el riesgo de caerse	Creencia 1 Tendré que levantarme muchas veces en la noche a llevarlo al baño, con lo cansado que estoy.	Consecuencia 1 Emoción: llevo a mi familiar al baño de mala gana y le hablo mal.
	Creencia 2 Voy a hacer un plan para que no tome muchos líquidos antes de que se vaya a dormir, así no tendrá que ir tantas veces al baño.	Consecuencia 2 Escribo una nota en la cocina para recordarme a mí y a mi familia que después de las 6 pm no deben darle más que un vaso de líquido a nuestro familiar enfermo.

Fuente: Elaboración propia.

2.3. Descripción de las técnicas cognitivas utilizadas en el Programa “Trabajando Juntos en Colaboración”

2.3.1. Técnica cognitiva solución de problemas

La solución de problemas es un proceso de aprendizaje cognitivo que permite adquirir competencias para enfrentar problemas de la vida diaria, y se manifiesta en los sujetos interactuantes cuando participan en interacciones sociales (Jara, Olivera y Yerrén, 2018; Montealegre, 2011).

Para la solución de problemas desde el enfoque de la teoría social cognitiva, es necesaria la existencia de diferentes opiniones y la cooperación de los involucrados para la realización de las tareas o para la solución de los conflictos, que permita eliminar la tensión y de esta manera se dé la posibilidad de salir del conflicto. Véase la Tabla 2.2.

Tabla 2.2. *Pasos para la solución de problemas*

1. Identifique el problema	(Éste es el primer paso que puede ser el más difícil y el más importante. Practique en caso de tener dudas para identificar claramente el problema.)
2. Ideas para solucionarlo	Haga una lista de ideas para solucionarlo.
3. Seleccione una idea y póngala en práctica	Puede utilizar las siguientes preguntas para identificar la idea más adecuada: ¿La idea es práctica y se puede llevar a cabo?, ¿es realista?, ¿o es muy costosa?, ¿cuánto tiempo requiere?, ¿la idea seleccionada la puedo poner en práctica yo solo o requiere ayuda de otras personas?

4. Evalúe sus resultados	¿Se solucionó el problema? Sí o No.
5. Practique otra idea	En caso de que el problema no esté solucionado el siguiente paso consiste en seleccionar y poner en práctica otra de las ideas del paso 3.
6. Pida ayuda	En caso de que sus ideas no funcionen solicite ayuda a sus compañeros del taller, familiares, amigos o profesionales de la salud.
7. Acepte que el problema no tiene solución	Pero continúe buscando una solución.

Fuente: Elaboración de María Guadalupe Díaz Rentería.

El uso de esta técnica en la formación de los cuidadores familiares permite formar y desarrollar la función psicológica superior de solución de problemas; el facilitador identifica el contexto y entorno del cuidador, sus intereses y motivaciones, así como los conocimientos previos; antes de plantear una situación-problema el facilitador debe establecer las reglas de la actividad, así como el tiempo para su desarrollo; formular preguntas detonantes, promover el diálogo y auspiciar la expresión de opiniones y organizar la actividad.

2.3.2. Técnica cognitiva: de negativo a positivo

Otero et al. (2017) refieren que los pensamientos negativos están relacionados con la depresión de los cuidadores; a su vez, García menciona que las personas con este tipo de pensamientos disminuyen su concentración y se muestran tensos e irritables, se paralizan y les invade el pánico, se tornan antipáticos y son incapaces de controlarse (García, 2016; Fredrickson, 2001). Estas características definitorias nos permiten inferir los posibles diagnósticos de enfermería de desempeño inefectivo del rol, afrontamiento inefectivo y riesgo de compromiso de la capacidad de recuperación personal.

Los pensamientos positivos ensanchan y cimientan los repertorios psicológicos, sociales y conductuales al proporcionar satisfacción y bienestar, lo que nos permite vivir el aquí y el ahora; de acuerdo con Peterson, el optimismo puede ser una característica psicológica altamente beneficiosa vinculada al buen humor, la perseverancia, los logros y la salud física (Fredrickson, 2001; Otero et al., 2017).

Tabla 2.3. *Pensamientos negativos y positivos*

	Negativos: Los pensamientos negativos son automáticos e invaden nuestra mente de forma espontánea, surgen de nuestras creencias y sentimientos.	Soy un inútil Soy mala persona Nadie me quiere Sólo yo cuido bien a mi mamá
PENSAMIENTOS	Negativos: Los pensamientos positivos se promueven mediante el adoctrinamiento por medio de frases positivas u optimistas que nos hacen ser más felices y facilitan el logro de nuestras metas	Cada día estoy intentado ser mejor persona Yo soy una persona capaz de hacer todo lo que se propone Soy muy trabajadora Soy amable y agradable Yo ayudo siempre a los demás

Fuente: Elaboración de María Guadalupe Díaz Rentería.

2.3.3. *Planes de autocuidado y proyectos de vida*

Para la mayoría de nosotros, una vez que tomamos la decisión, tenemos una buena idea de hacia dónde vamos. No obstante, algunas metas pueden parecer abrumadoras. ¿Cuándo podré avanzar? ¿Cuándo podré volver a hacer una vida para mí? Como hemos dicho, el secreto está en no tratar de hacer todo a la vez, en lugar de eso, es conveniente enfocarse en una sola cosa que realmente se pueda completar en la próxima semana.

Vamos a trazarnos una meta que quisiéramos alcanzar en 6 meses. Para ello vamos a planear los pasos que tendremos que tomar. Hay que recordar que es mejor planear paso a paso para conseguir un cambio. También debemos pensar que lo que planeemos DEBE DEPENDER SÓLO DE NOSOTROS, de lo que cada uno puede hacer, no de los demás.

Por ejemplo: Uno de nosotros quisiera tener más tiempo para dedicarse a hacer lo que más le gusta y no ha podido hacerlo hasta el momento: “Re-

unirse con sus amigas una vez cada dos semanas”. Pero esto implica primero resolver varias situaciones:

- Buscar a alguien que me reemplace en el cuidado
- Comunicarme con mi familiar de tal manera que no se moleste conmigo o no se sienta mal, pero no sé cómo hacerlo
- Tener los teléfonos de mis amigas con quien quisiera reunirme y coordinar con ellas una vez resuelto lo anterior.

Bueno esto no se resuelve en una semana, ¿verdad?, pero es lo que quiero cambiar en mi vida:

“Reunirme con mis amigas por lo menos una vez cada dos semanas.”

- Podría empezar por hacer una lista de posibles candidatos para que me reemplacen en el cuidado e ir probando con cada uno si es factible, y considerarlo cuando llegué el momento. Bueno, empezaremos con este primer paso y vamos viendo cómo nos va.
 - La próxima semana compartiremos cómo nos va y seguimos con el siguiente paso.
- elaborar planes de autocuidado semanales a desarrollar durante el programa

Es algo parecido, pero diferente en el tiempo, no será para los próximos 6 meses, sino sólo para esta semana. Debe ser algo que realmente queremos hacer en nuestras vidas en esta semana, puede estar relacionado o no con la meta de 6 meses.

Un plan de autocuidado semanal es algo real a corto plazo, y te coloca en el camino hacia tu meta. Tu plan de autocuidado semanal debe ser sobre algo que quieres hacer o lograr. Debe ayudarte a solucionar tu problema y a alcanzar tu meta. Es algo que realmente quieres.

Al concentrarte en lo que puedes hacer, en vez de lo que desearías hacer, o en lo que los demás quieren que hagas. Tomar pasos para mejorar tu confianza puede hacerte sentir mejor por dentro y por fuera.

Los planes de autocuidado semanales son probablemente la mejor

herramienta para tener éxito como cuidador. La mayoría de nosotros puede hacer cosas para que el cuidado sea más fácil, pero fallamos al hacerlas. A menudo, el fallar se relaciona con no tener la destreza en un procedimiento o el conocimiento sobre cómo hacerlo, o se percibe que falta tiempo y son muchas las cosas que debemos hacer. Por ejemplo, piensen en las actividades del diario vivir, tuyas y de su familiar a cargo. Las actividades del diario vivir son las cosas de todos los días como levantarse de la cama, bañarse, vestirse, preparar y comer los alimentos, limpiar la casa, ir de compras y pagar las cuentas. ¿Puede un plan de autocuidado semanal ayudar a lograr cualquiera de estas cosas de manera más eficiente? ¿Puede ayudarte a encontrar más energía para lograrlo y estar menos estresada/estresado?

Otro ejemplo, puede ser que uno de mis problemas es que me siento muy estresada, ¿entonces podríamos pensar si un plan de autocuidado semanal podría ayudar a relajarme haciendo ejercicios de relajación?

Asegúrate de que tus planes sean específicos; esto es, no sólo decidir “bajar de peso” (que no es una acción, sino el resultado de ésta), sino reemplazar el refresco por un té (que sí es una acción).

Después, haz un plan específico. Decidir qué es lo que quieres hacer, sin un plan para hacerlo, no tendría sentido. El plan debe contestar todas las siguientes preguntas:

- Exactamente ¿Qué es lo que harás? ¿Irás a caminar cuando te estreses o tratarás de no comer en exceso cuando te sientas ansioso?
- ¿Llamarás a alguien? ¿Qué prueba de relajación practicarás?
- ¿Qué tanto lo harás? Esta pregunta se responde con algo como tiempo, distancia, porciones o repeticiones. ¿Caminarás una cuadra, durante 5 minutos, comerás la mitad de las porciones en la comida y en la cena, practicarás ejercicios de relajación durante 15 minutos?
- ¿Cuándo lo harás? Otra vez, esto debe de ser específico: en la tarde, en la noche (cuando sabes que estarás más cansado y estresado, perdiendo tu temperamento), antes de la comida, en la cena, antes de irte a dormir. Juntar una nueva actividad con un viejo hábito es una buena manera de asegurarte de que lo harás. Por ejemplo, harás 5 minutos de ejercicios de respiración para relajarte cada tarde justo

después de lavar los trastes que quedaron de la comida. Otro consejo es incorporar tu nueva actividad en tu rutina diaria justo antes de una vieja actividad favorita, como caminar alrededor de la cuadra antes de leer el periódico o ver tu programa favorito de televisión.

- ¿Qué tan seguro te sientes de hacer la actividad? Esto es muy difícil. A todos nos gustaría comprometernos con hábitos positivos todos los días, pero esto no siempre es posible. Usualmente es mejor decidir hacer una actividad tres o cuatro veces a la semana para darte cierto margen si algo llegase a surgir. Si haces más, qué mejor. No obstante, si eres como la mayoría de las personas, sentirás menos presión si puedes hacer tu actividad tres o cuatro veces a la semana y seguir sintiéndote exitoso(a).

2.3.2. Técnica cognitiva cómo entendemos ser cuidador

Todos tenemos una idea de nosotros mismos, como nos vemos, lo interesante es que en la manera como nos vemos muchas veces es como actuamos, por eso es importante identificar este pensamiento de nosotros mismos, pues puede ayudarnos a mejorar, si es el caso, nuestro propio comportamiento en el cuidado hacia nosotros mismos.

Vamos a hacer lo siguiente:

Identifique cuáles creencias o pensamientos influyen en su rol de cuidador, trate de ser lo más honesto (a) posible y expresar tal y como tú eres y cómo te sientes (3 minutos). Inicia el llenado de las columnas 1 a 5 apoyándote del ejemplo que revisarás con el facilitador.

Veamos el ejemplo en la lámina 15.

Lámina 15. *Cómo entendemos ser cuidador*

1. ¿Qué significa ser cuidador?	2. Creencias o ideas que influyen en su rol de cuidador.	3. Esta creencia afecta su vida.	4. ¿Con qué frecuencia afecta su vida?	5. Qué propone para mejorar su calidad de vida?
Es una labor muy difícil, pero tengo que hacerlo porque no se puede abandonar a un familiar enfermo	Tengo la obligación de cuidar a mi familia (mamá, papá, hijos, etc.)	(×) Sí () No Por qué: porque es mi familiar.	1. () A diario 2. () 3 a 4 días por semana 3. () Cada semana 4. () Cada 15 días 5. () Cada mes 6. () Nunca	Identificar a más personas que se puedan incluir en el cuidado de mi familiar, no sólo yo tengo la obligación. A veces es muy pesado.
	Yo creo que soy el que mejor cuida a mi familiar, él me lo ha dicho	() Sí (×) No Por qué: porque siento que mis hermanos no lo cuidan bien	1. () A diario 2. () 3 o 4 días por semana 3. () Cada semana 4. () Cada 15 días 5. () Cada mes 6. () Nunca	No tengo que cambiarlo. Pero se me ocurre que puedo enseñar a mis hermanos para que ellos también lo cuiden bien.

Nota: No olviden enfatizar el puntaje en la columna 3.

Fuente: Elaboración propia.

¿Con qué frecuencia afecta tu vida? Este es un indicador muy importante para iniciar los cambios en nuestras vidas. Sobre todo en las creencias que se ubiquen en el puntaje 1 = A diario, o puntaje 2 = 3 a 4 días por semana, ya que éstas en verdad afectan la vida de manera importante.

Estas técnicas cognitivas se desarrollan en el programa en diferentes sesiones, para dar espacio de tiempo de poder ponerlas en práctica evaluar sus resultados y tomar decisiones de su aplicación personal. Como se describe en la tabla 2.4.

Tabla 2.4. Contenido del Programa en cada sesión

Temas	Sesión							
	1	2	3	4	5	6	7	8
Introducción al programa	V							
Proyecto de vida	V	V	V	V	V	V	V	V
Planes de autocuidado semanal	V	V	V	V	V	V	V	V
Procedimientos de higiene		V						
Técnica cognitiva (solución de problemas)		V						
Actividad física		V		V		V		V
Procedimientos de alimentación			V					
Técnica de comunicación asertiva: parafraseo			V					
Alimentación saludable			V		V		V	
Procedimientos de movilización				V				
Técnica cognitiva cómo entendemos ser cuidador				V				
Manejo de comportamientos difíciles I					V			
Técnica de comunicación asertiva: pedir ayuda					V			
Manejo de comportamientos difíciles II						V		
Técnica de cognitiva de negativo a positivo:						V		
Redes sociales de apoyo							V	
Técnica de comunicación asertiva: saber decir NO							V	
Cierre del programa								V
Técnica de cognitiva de reforzamiento de lo aprendido								V
Evaluación y Clausura								V

Fuente: elaboración propia

Referencias:

- Bandura, A., (2012). On the Functional Properties of Perceived Self-Efficacy. *Journal of Management*, 38(1), 9-44. <https://doi.org/10.1177/0149206311410606>
- Fredrickson, B. L. (2001). The Role of Positive Emotions in Positive Psychology: The Broaden-and-Build Theory of Positive Emotions. *American Psychologist*, 56(3), 218-226. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3122271/>
- García, C. (2016). Emociones positivas, pensamiento positivo y satisfacción con la vida. *Revista International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 2(1), 17-22. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349851777002>
- Herrera Sánchez, S. del C., Espinosa Carrasco, M. E., Saucedo Fernández, M., y Díaz Perera, J. J. (2018). Solución de problemas como proceso de aprendizaje cognitivo. *Revista Boletín Redipe*, 7(4), 107-117. <https://www.revista.redipe.org/index.php/1/article/view/487>
- Jara Chalán, M. J., Olivera Orihuela, M. V., y Yerrén Huiman, E. J. (2018). Teoría de la personalidad según Albert Bandura. *Revista "JANG"*, 7(2), 22-35. <https://revistas.ucv.edu.pe/index.php/jang/article/view/1510>
- Montealegre, R. (2011). La solución de problemas cognitivos en estudiantes de psicología. *Acta Colombiana de Psicología*, 14(1), 119-138. <https://actacolombianapsicologia.ucatolica.edu.co/article/view/362>
- Olivari, Medina, C., Urrea Medina, E. (2007). Autoeficacia y conductas de salud. *Ciencia y enfermería*, 13(1), 9-15. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532007000100002&lng=es
- Otero, P., Vázquez, F. L., Blanco, V., y Torres, A. (2017). Propiedades psicométricas del "Cuestionario de pensamientos automáticos" (ATQ) en cuidadores familiares. *Behavioral Psychology/Psicología Conductual*, 25, 387-403. https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2018/10/08.Otero_25-2r.pdf
- Rabiei, L., Eslami, A. A., Abbasi, M., Afzali, S. M., Hosseini, S. M., & Masoudi, R. (2020). Evaluating the effect of family-centered intervention program on care burden and self-efficacy of hemodialysis patient care-

- givers based on social cognitive theory: A randomized clinical trial study. *Korean Journal of Family Medicine*, 41(2), 84–90. <https://doi.org/10.4082/kjfm.18.0079>
- Tougas, M. E., Hayden, J. A., McGrath, P. J., Huguet, A., & Rozario, S. (2015). A systematic review exploring the social cognitive theory of self-regulation as a framework for chronic health condition interventions. *Plos One*, 10(8), 1-19. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0134977>
- Zare, S., Ostovarfar, J., Kaveh, M. H., & Vali, M. (2020). Effectiveness of theory-based diabetes self-care training interventions; a systematic review. *Diabetes & Metabolic Syndrome: Clinical Research & Reviews*, 14(4), 423-433. <https://doi.org/10.1016/j.dsx.2020.04.008>
- Zimmerman, B. J. (2013). From Cognitive Modeling to Self-Regulation: A Social Cognitive Career Path, *Educational Psychologist*, 48(3), 135-147. <https://doi.org/10.1080/00461520.2013.794676>