



1999, 5(2-3), *-*

PERCEPCIÓN DE CONTROL, IMPACTO DE LA ENFERMEDAD Y AJUSTE EMOCIONAL EN ENFERMOS CRÓNICOS

M.A. Pastor, S. López-Roig, J. Rodríguez-Marín,
M. Martín-Aragón, M.C. Terol y N. Pons

Universidad "Miguel Hernández"

Resumen: Este trabajo tiene como objetivo establecer las relaciones y capacidad predictiva de tres variables cognitivas, relacionadas con la percepción de control, sobre el impacto de la enfermedad y el ajuste emocional, en una muestra de enfermos con Artritis Reumatoidea (n=50). En los análisis de regresión realizados, la "Competencia Percibida en Salud" ha sido el único predictor significativo de la percepción del impacto Físico ($R^2 = .27$; $t = -4.14^{***}$) y Psicosocial ($R^2 = .14$; $t = -2.64^{**}$), el Locus "Interno" del grado de Ansiedad ($R^2 = .16$; $t = -3.05^{**}$), mientras que la "Autoeficacia General" ($R^2 = .30$; $t = -3.30^{**}$) y, en segundo lugar, el Locus "Interno" ($R^2 = .39$; $t = -2.63^{**}$) de la Depresión. Sin embargo, controladas las variables de impacto de la enfermedad, sólo se mantuvo el efecto de las variables de control sobre la depresión.

Palabras Clave: Estado Emocional, Impacto enfermedad crónica, Creencias de control

Abstract: Our aim is to determine the relationships and predictive power of several variables related to control perception construct on illness impact and emotional adjustment. We studied 50 Rheumatoid Arthritis out-patients. Regression analysis showed that the two SIP dimensions, Physical and Psychosocial, were predicted by Perceived Health Competence ($R^2 = .27$, $t = -4.14^{***}$ and $R^2 = .14$, $t = -2.64^{**}$, respectively). Internal Locus was a significant predictor of the Anxiety variable ($R^2 = .16$; $t = -3.05^{**}$). Finally, Generalized Self-efficacy, in a first step, ($R^2 = .30$; $t = -3.30^{**}$) and Internal Locus, in a second step, ($R^2 = .39$; $t = -2.63^{**}$) were significant predictors of Depression. But, only control variables were significant predictors of depression when we controlled the illness impact effect.

Key words: Emotional adjustment, Illness impact, Control perception

Title: *Control perception, illness impact and emotional adjustment in chronic patients*

Introducción

Las enfermedades crónicas constituyen importantes fuentes de estrés, y exigen del enfermo constantes esfuerzos de adaptación, con cambios relevantes en su estilo de vida habitual. En este ámbito, los factores psicosociales aparecen como fundamentales a la hora de determinar la habilidad del enfermo para adaptarse a su situación crónica.

Esta idea es, precisamente, la que sirve de fundamento para la intervención psicosocial, pues el manejo de estos factores permite influir no sólo en la adaptación al problema, sino en el problema en sí mismo.

La Artritis Reumatoidea, aparece como una enfermedad prototípica para el estudio de la influencia de variables psicológicas en el ajuste emocional, dadas sus características de enfermedad crónica, autoinmune, sistémica, inflamatoria, con alteraciones estructurales visibles, dolor crónico con periodos de crisis intensas muchas veces im-

* Dirigir la correspondencia a: Dr. M.A. Pastor, Departamento de Psicología de la Salud. Facultad de Medicina. Universidad "Miguel Hernández". Campus de San Juan. Ctra. Alicante-Valencia, Km 87. E-03550. San Juan (Alicante).
E-mail: mapastor@umh.es

© Copyright 1999: de los Editores de *Ansiedad y Estrés*

predecibles, con pérdida de capacidad funcional, y bajas laborales. Ante la confluencia de todos esos estresores potenciales, no es sorprendente que de forma frecuente aparezcan problemas emocionales, sobre todo relacionados con la depresión. Sin embargo, los resultados empíricos también muestran la existencia de diferencias individuales en la adaptación psicológica, una vez controladas algunas de las variables propias de la enfermedad arriba mencionadas (Smith, Dobbin y Wallston, 1991; Brown, Wallston y Nicassio, 1989; Keefe, Brown, Wallston y Caldwell, 1989).

Del conjunto de factores cognitivos que aparecen como determinantes en la adaptación a enfermedades crónicas, la percepción de control quizá sea uno de los que mayor interés ha despertado en la investigación actual (Thompson y Spacapan, 1991; Wallston, 1989; Wallston, Wallston, Smith, y Dobbins, 1987). Sin embargo, y a pesar de más de tres décadas de formulaciones teóricas sobre el tema, de la gran cantidad de literatura existente, y de los resultados positivos de la mayoría de los trabajos que han estudiado los efectos de la percepción de control en diferentes ámbitos, ni existe un acuerdo general sobre el constructo, ni sobre qué tipos de control son o no son beneficiosos o, incluso, si en determinadas situaciones es útil la percepción de control (Skinner, 1996). Quizá esta última afirmación sea excesiva por cuanto implícitamente se está haciendo referencia al control personal. Es sabido que en situaciones de enfermedad, la creencia en el control externo de otros, puede resultar igualmente beneficiosa sobre todo si no existen oportunidades objetivas para el primero (Buckelew, Shutty, Hewett, Landon, Morrow y Frank, 1990; Affleck, Tennen, Pfeiffer y Fifield, 1987; Wallston y Wallston, 1982).

En cualquier caso, debido a las diferentes formas de conceptualizar el control, algunos autores han intentado introducir criterios para la clasificación de los diferentes constructos (Skinner, 1996), especificar las dimensiones que lo integran (Thompson y Collins, 1995) o, incluso, se han preguntado si existe un único constructo general de percepción de control (Fergusson, Dodds, Ng y Flannigan, 1994; Bonetti, Johnston, Rodríguez-Marín, Pastor, Martín-Aragón, Doherty y Sheehan, trabajo enviado para su publicación). En relación a esta última cuestión, los resultados de los estudios mencionados, apoyan la concepción del control como un constructo multidimensional, operacionalizado de forma diferente en función de la aproximación teórica desde la que se trabaje. Por tanto, resulta conveniente especificar claramente el término, así como la base teórica que lo sustenta, evitando generalizaciones excesivas, para finalmente poder establecer su papel en los procesos adaptativos a situaciones crónicas.

En el ámbito de los procesos de salud y enfermedad, algunos autores han mencionado la existencia de dos grandes tradiciones de estudio (Reich, Erdal y Zautra, 1997). La primera de ellas, centrada en el estudio de las creencias acerca las causas de los acontecimientos. La segunda, centrada en la investigación sobre las creencias acerca de la capacidad para realizar una determinada tarea, y el grado de confianza en ejecutarla con éxito. Cada aproximación incluye percepciones y creencias de control de formas diferentes, pero en ambas, esas percepciones aparecen como constructos centrales en la predicción de conductas de salud o en la predicción de la adaptación a la enfermedad. En líneas generales, estas dos tradiciones reflejarían dos de los elementos que según Skinner (1996) deberían estar presentes en cualquier operacionalización sobre el control: contingencia (aso-

ciación entre conductas y resultados) y competencia (capacidad/habilidad personal). La misma autora comenta que la mayoría de las veces se trabaja sólo con uno de los dos, a pesar de que cuando se han combinado, se aumenta la capacidad predictiva del control sobre la conducta o sus resultados (Skinner, 1992, 1996).

Ante la situación expuesta, se ha sugerido la utilidad de trabajar simultáneamente con diferentes constructos y, de este modo, poder comparar su contribución a la predicción del comportamiento por separado y conjuntamente (Skinner, 1992; Reich et al., 1997). Asumiendo esta conveniencia, y sobre todo en relación a los procesos de salud y enfermedad, en este trabajo, estudiaremos los constructos de Locus de Control Interno, Autoeficacia General y Competencia Percibida por las siguientes razones: En primer lugar, Locus de Control y Autoeficacia son constructos clásicos en la investigación sobre el control, mientras que la Competencia Percibida ha sido propuesta recientemente como alternativa al primero (Wallston, 1992). En segundo lugar, atendiendo a las definiciones de los constructos, Locus de Control haría referencia al sentido de contingencia, Autoeficacia General lo haría al de competencia y la Competencia Percibida incluiría ambos. De este modo, aplicando lo expuesto, se podría comprobar si la capacidad predictiva del último constructo es mayor. En tercer lugar, existen trabajos que han mostrado cómo, entre otras variables, las expectativas de autoeficacia o el locus de control interno, se asocian a un menor impacto de la enfermedad crónica (Smith et al., 1991; Buckelew, Huyser, Hewett, Parker, Johnson, Conway y Kay, 1996); sin embargo, hay pocos estudios que determinen su papel diferencial. En último lugar, tanto Autoeficacia, como Locus de Control y Competencia Percibida, son ampliamente utilizados en

los contextos de salud y enfermedad, existiendo aplicaciones específicas de los mismos, con escalas de medida elaboradas al efecto.

La percepción de autoeficacia es uno de los constructos más utilizados en el estudio de los procesos cognitivos relevantes para la adaptación al padecimiento de enfermedades crónicas. Una de las razones puede ser la existencia de una escala de evaluación específicamente diseñada para esta población, desde la concepción tradicional de autoeficacia (Lorig, Chastain, Ung, Shoor y Holman, 1989). En general, los resultados obtenidos son consistentes con los presupuestos teóricos, obteniendo relaciones significativas negativas entre autoeficacia e intensidad del dolor (Buckelew et al., 1996; Levin, Lofland, Cassisi, Poreh y Blonsky, 1996), discapacidad (Dwyer, 1997; Buckelew et al., 1996), depresión (Barlow, Williams y Wright, 1997; Shaw, Cronan, Lee y Kaplan, 1996; Wright, Parker, Smarr, Shchoenfeld-Smith, Buckelew, Slaughter, Johnson y Hewett, 1996) y estrés (Dwyer, 1997; Barlow et al., 1997; Levine et al., 1996). Frente al concepto tradicional de autoeficacia, se ha propuesto uno más general, entendiéndola como una percepción estable de capacidad para el manejo de cualquier tipo de acontecimiento o problema (Schwarzer, 1993, 1994). La autoeficacia general hace entonces referencia al "... sentimiento estable de competencia personal para manejar de forma eficaz una gran variedad de situaciones estresantes" (Baessler y Schwarzer, 1996). Además, se asume que este tipo de medida disposicional es más apropiada en situaciones desconocidas, o para la predicción de patrones comportamentales y/o resultados generales (Barlow et al., 1996), como en el caso de este trabajo. En el ámbito de las enfermedades crónicas de origen reumático, la utilización de la autoeficacia como expectati-

va general es, de momento, poco frecuente, aunque los resultados obtenidos son consistentes con los anteriores (Barlow et al., 1996).

Con respecto al constructo de Locus de Control, es sabido que hace referencia a las expectativas sobre la relación entre la conducta y sus resultados o consecuencias (Rotter, 1966). Desde su primera concepción como constructo unidimensional, fue evolucionando hasta la propuesta de multidimensionalidad (Levenson, 1972), y hasta su posterior y conocida adaptación al ámbito de la salud (Wallston, Wallston, Kaplan y Maides, 1976; Wallston, Wallston y DeVellis, 1978). En este estudio trabajaremos únicamente con el Locus Interno (expectativa de que la conducta influye en el mantenimiento de la salud, así como en el curso y resultado de la enfermedad), por las mismas razones apuntadas por Wallston (1992): por un lado, el locus de control Azar hace referencia a una pérdida de control más que a una dimensión externa del mismo, y, por otro, Otro Poderosos no ha presentado asociaciones significativas ni con conductas de salud ni con resultados. Distintos trabajos sobre el impacto de la enfermedad crónica de origen reumático, muestran asociaciones significativas y de signo negativo entre el locus de control interno y la intensidad del dolor (Toomey, Seville, Mann, Abashian y Wingfield, 1995; Pastor, Salas, López, Rodríguez, Sánchez y Pascual, 1993), y el impacto funcional (Karson, Daltroy, Lew, Wright, Partridge, Fossel, Roberts, Stern, Straaton, Wacholth, Kavanaugh, Grosflam y Liang, 1997; Härkäpää, Järvikoski y Estlander, 1996). Sin embargo, en el caso del impacto emocional, algunos autores no las han obtenido (Reich y Zautra, 1997).

La Competencia Percibida se define como una creencia general sobre la propia capacidad para interactuar eficazmente con

el ambiente (Smith et al., 1991). Es un constructo estrechamente asociado con el de autoeficacia, y evalúa "...el grado en el que un sujeto se siente capaz de manejar eficazmente su o sus conductas de salud" (Smith, Wallston y Smith, 1995). Según los autores, la única diferencia sería el grado de especificidad (Smith et al., 1991; Wallston, 1992). Sin embargo, este último afirma que la Competencia Percibida combina una expectativa comportamental ("*soy capaz de hacer la conducta*") con una expectativa de resultado ("*la conducta conseguirá lo que yo quiero*"). Por lo tanto, como hemos venido comentando, incluiría también el último concepto. Los estudios en el ámbito de la enfermedad reumática son escasos, pero presentan a la competencia percibida como una variables mediadora entre el impacto de la enfermedad y la adaptación psicológica a la misma (Smith et al., 1991; Smith y Wallston, 1992).

Se ha mostrado que los constructos de control utilizados se han asociado significativamente a un menor impacto de la enfermedad y a un mejor ajuste emocional, sin embargo, existen pocos trabajos que determinen su papel diferencial. Así, pues, este trabajo tiene como objetivos, en primer lugar, estudiar las posibles relaciones entre los tres constructos de control mencionados, el impacto de la enfermedad y el ajuste emocional; en segundo lugar, establecer la capacidad predictiva de los primeros sobre el impacto de la enfermedad y sobre el ajuste emocional; y, en tercer lugar, comprobar si la capacidad predictiva de las variables de control sobre el ajuste se mantiene una vez controlado el efecto del impacto de la enfermedad.

Método

Sujetos

Estudiamos a 50 enfermos con Artritis Reumatoidea, atendidos en Consultas Externas por el Servicio de Reumatología del Hospital General de Alicante. El 60% eran mujeres y el 40% varones. La media de edad fue de 57.47 ± 14.66 años (rango = 17 - 77), y el tiempo medio transcurrido desde la percepción de los primeros síntomas de la enfermedad fue de 170.50 ± 129.9 meses (rango = 6 - 504). Respecto al nivel educativo, el 44% no había completado los estudios primarios (n=22), y el resto se distribuyó en las categorías de estudios primarios (n=16; 32%), bachillerato o similar (n=6; 12%) y titulado medio o superior (n= 4; 8%).

Variables e instrumentos

Competencia Percibida en Salud (Pastor, Martín-Aragón, Rodríguez-Marín, Terol, López-Roig y Sánchez, 1997): Utilizamos la adaptación de la Escala de Competencia Percibida en Salud desarrollada por Smith, Wallston y Smith (1995). Es un instrumento de 8 ítems con una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos (1= *completamente en desacuerdo*; 5= *completamente de acuerdo*). Las puntuaciones altas reflejan una percepción de capacidad respecto del manejo eficaz de los problemas de salud. La validación de la escala se llevó a cabo con una muestra de 252 estudiantes universitarios, obteniendo resultados aceptables (consistencia interna: $\alpha = .79$; fiabilidad test-retest: $r = .53$; y adecuada validez de constructo).

Autoeficacia General (Baessler y Schwarzer, 1996): Utilizamos la adaptación al castellano de la Escala de Autoeficacia Generalizada. Es un instrumento de 10 ítems con una escala de respuesta tipo Likert de 4 puntos (1=incorrecto; 4=cierto). Puntuaciones altas indican mayor percepción de autoeficacia en relación al manejo de cualquier tipo de acontecimiento o problema. Replicamos el estudio de validación

realizado por los autores en una muestra de 218 estudiantes universitarios, obteniendo resultados satisfactorios respecto de la fiabilidad (consistencia interna: $\alpha = .78$; fiabilidad test-retest: $r = .84$;) y de la validez de constructo de la escala (Martín-Aragón, Pastor, López-Roig, Rodríguez-Marín y Terol, 1997).

Locus de Control Interno (Rodríguez-Marín, López-Roig y Pastor. Versión experimental): Utilizamos la subescala correspondiente de la versión experimental de la Escala Multidimensional de Locus de Control de Salud en su forma A. Se trata de una adaptación de la escala de Wallston, Wallston y DeVellis (1978). Los ítems se contestan según una escala de respuesta tipo Likert de seis puntos (1=Completamente en desacuerdo ; 6= Completamente de acuerdo). Las puntuaciones altas describen a aquéllos sujetos que creen que su salud depende de ellos mismos

Ansiedad y Depresión (Terol, Rodríguez-Marín, López-Roig, Martín-Aragón y Pastor, 1997): Utilizamos la adaptación de la "Hospital Anxiety and Depression Scale" (Zigmond y Snaith, 1983). El sujeto responde según una escala de respuesta de 4 puntos, variable en cuanto a su contenido. Puntuaciones elevadas en cada subescala indican niveles altos de ansiedad o de depresión. Los resultados de la validación realizada son buenos (fiabilidad test-retest: Ansiedad ($r = .74$) y Depresión ($r = .77$); consistencia interna: Ansiedad ($\alpha = .80$) y Depresión ($\alpha = .76$)).

Impacto de la Enfermedad: Utilizamos el Perfil de las Consecuencias de la Enfermedad (Badía y Alonso, 1994), adaptación española del Sickness Impact Profile (Bergner, Bobbit, Carter y Gilson, 1981). Es un instrumento compuesto por 136 ítems agrupados en 12 categorías que recogen la percepción de actividad que tiene el enfermo en diferentes áreas de su vida. En

este estudio hemos trabajado con las dos dimensiones que permite obtener el instrumento: una Dimensión Física que agrupa las categorías de Movilidad, Desplazamiento, y Cuidado y Movimiento Corporal; y otra Dimensión Psicosocial que agrupa las categorías de Relaciones Sociales, Comunicación, Actividad Intelectual y Actividad Emocional. Las puntuaciones altas indican mayor impacto en la dimensión correspondiente, siendo el rango de puntuaciones de 0 a 100.

Dolor (Pastor, 1992): Utilizamos la subescala de Síntomas de la adaptación realizada de las "Escala de Medida del Impacto de la Artritis" (Meenan, Gertman y Mason, 1980; Meenan, Gertman, Mason y Dunaif, 1982). Está compuesta por cuatro ítems que evalúan tanto frecuencia como intensidad de dolor, contestados según una escala de respuesta tipo Likert de 6 puntos, con contenido variable. Puntuaciones altas indican una alta percepción de dolor. Los datos psicométricos obtenidos fueron buenos (consistencia interna = .79 y adecuada validez de constructo).

Procedimiento

Todos los instrumentos fueron autoadministrados en formato grupal. Se citó a los pacientes en grupos de 10, siendo atendidos por dos psicólogos entrenados en la administración de las pruebas utilizadas. El tiempo aproximado de las sesiones fue de una hora y media. Respecto al procedimiento de selección muestral, del total de 289 casos atendidos en el año, se seleccionaron aleatoriamente 130 sujetos y fueron citados por correo. Se devolvieron 6 cartas por problemas con la dirección, con lo que conseguimos un total de 124 personas citadas, a las cuales se les llamó telefónicamente para confirmar su asistencia a la sesión de evaluación. De ellas, el 30.6% confirmaron su asistencia (n=38), añadiéndose

12 personas más, después de una segunda vuelta telefónica (9,8%). Todas ellas, acudieron a sus respectivas citas. Así pues, la muestra representa el 40,3% del total de pacientes atendidos con Artritis Reumatoidea en el año.

Para el análisis estadístico de los datos utilizamos el programa SPSS-PC, versión 8.0. Realizamos un análisis descriptivo y de consistencia interna de las escalas de medida utilizadas, estudiamos las asociaciones entre las variables mediante análisis de correlación de Pearson y, finalmente, con objeto de determinar la capacidad predictiva de los constructos de control, realizamos varios análisis de regresión. La primera serie de análisis fue un análisis de regresión por pasos, utilizando como predictores las tres variables de control, y como criterio cada una de las variables de impacto de la enfermedad. En la segunda serie, y en relación a nuestros predictores, introdujimos conjuntamente las variables de impacto de la enfermedad en primer lugar para, de este modo, controlar su efecto sobre el ajuste emocional; en segundo lugar, se introdujeron, por pasos, las variables de percepción de control. A efectos de comparación de los datos, las puntuaciones de las variables de ansiedad, depresión, locus de control interno, competencia percibida en salud y autoeficacia, se ponderaron de 0 a 100.

Resultados

En la tabla 1 se encuentran los resultados referidos al análisis descriptivo y de consistencia interna de los instrumentos utilizados. Tal y como se puede observar, los índices de consistencia son buenos para todas las escalas (rango entre .53 y .90), siendo los valores más altos para las dimensiones de impacto de la enfermedad.

Tabla 1. Análisis Descriptivo y de Consistencia Interna

VARIABLES	Media±dt	α Cronbach
Dimensión Física	19.11±14.58	.90
Dimensión Psicos.	18.18±14.76	.90
Dolor	54.30±24.12	.82
Ansiedad	39.57±22.60	.88
Depresión	31.99±20.08	.83
Autoeficacia	54.42±23.41	.86
Compet. Perc. en	50.22±17.08	.60
Locus de C. Inter-	44.96±25.02	.78

El análisis de correlación muestra asociaciones significativas negativas entre las

variables de control con las de impacto de la enfermedad, y con las de ajuste emocional, salvo en el caso de la Autoeficacia y la Competencia Percibida con la Ansiedad (tabla 2).

Con respecto a las relaciones entre los constructos de control, la Autoeficacia General se asoció significativa y positivamente al Locus de Control Interno ($r=.40^{**}$) y a la Competencia Percibida en Salud ($r=.29^*$), mientras que Competencia y Locus de Control no lo hicieron entre sí ($r=.25$, ns). Por su parte, las variables de impacto de la enfermedad también se asociaron significativamente con las de ajuste emocional, salvo en el caso del Impacto Físico con la ansiedad ($r=.21$) (tabla 3).

Tabla 2. Análisis de correlación entre impacto de la enfermedad, ajuste emocional y control.

	Autoeficacia	Compet. Percibida	Locus Control I.
Impacto Físico	-.36 ^{**}	-.52 ^{**}	-.29 [*]
Impacto Psicosocial	-.33 [*]	-.37 ^{**}	-.33 [*]
Dolor	-.17	-.38 ^{**}	-.35 [*]
Ansiedad	Ns	ns	-.41 ^{**}
Depresión	-.55 ^{***}	-.31 [*]	-.49 ^{***}

* = $p \leq .05$; ** = $p \leq .01$; *** = $p \leq .001$

Tabla 3. Análisis de correlación entre impacto de la enfermedad y ajuste emocional

	Impacto Físico	Impacto Psicosocial	Dolor
Ansiedad	.21	.63 ^{**}	.46 ^{**}
Depresión	.53 ^{**}	.68 ^{**}	.36 [*]

* = $p \leq .05$; ** = $p \leq .01$

Para estudiar la capacidad predictiva y el papel diferencial de la percepción de control, realizamos un análisis de regresión por pasos de las variables de impacto de la enfermedad y de ajuste emocional, sobre las variables cognitivas utilizadas en este estudio. Los resultados muestran que en el caso del impacto de la enfermedad, la

Competencia Percibida en relación a la Salud ha sido el único predictor significativo de las dimensiones del impacto Físico ($R^2 = .27$; $F=17.1^{***}$; $\beta = -.52$; $t = -4.14^{***}$) y Psicosocial ($R^2 = .14$; $F=7.0^{**}$; $\beta = -.36$; $t = -2.64^{**}$); mientras que el Locus Interno, lo ha sido de la percepción de dolor ($R^2 = .12$; $F=6.56^{**}$; $\beta = -.35$; $t = -2.56^{**}$).

Con respecto al Ajuste Emocional, el *Locus Interno* ha sido la única variable predictora del grado de Ansiedad ($R^2 = .16$; $F=9.28^{**}$; $\beta = -.41$; $t = -3.05^{**}$), mientras que la *Autoeficacia General* junto con el *Locus Interno* lo han sido de la Depresión, explicando conjuntamente el 39% de su varianza (tabla 4).

Tabla 4. Análisis de regresión. Depresión sobre percepción de control.

Criterio / Predictores	R ²	Cambio R ²	F	β	T
Depresión					
Competencia Percibida				-.11	-.92 ns
Autoeficacia General	.30		20.00 ^{***}	-.41	-3.30 ^{**}
Locus de control Interno	.39	.09	14.72 ^{***}	-.33	-2.63 [*]

* = $p \leq .05$; ** = $p \leq .01$; *** = $p \leq .001$

Tabla 5. Análisis de regresión. Impacto de la enfermedad y ajuste emocional sobre percepción de control.

Criterio / Predictores	R ²	F	β	T
Ansiedad	.52	11.87 ^{***}		
Impacto Psicosocial			.66	4.75 ^{***}
Impacto Físico			-.35	-2.60 ^{**}
Dolor			.20	1.54 ^{ns}
Depresión				
Impacto Psicosocial	.49	14.41 ^{***}	.49	3.94 ^{***}
Impacto Físico			.12	.98
Dolor			-.08	-.69
Autoeficacia General	.59	15.78 ^{***}	-.27	-2.51 ^{**}
Locus de Control Interno	.62	14.36 ^{***}	-.22	-2.04 [*]

Sin embargo, controladas las variables de impacto de la enfermedad, no se mantuvo la capacidad predictiva del Locus Interno en la Ansiedad (las variables de impacto explicaron conjuntamente el 52% de su varianza ($F=11.87^{***}$), mientras que en el caso de la Depresión, la Autoeficacia General y el Locus Interno siguieron siendo predictores significativos. La Autoeficacia, en pri-

mer lugar, aportó un 10% de varianza al 49% de la explicada por las variables de impacto de la enfermedad y, en segundo lugar, el Locus Interno añadió un 3% (tabla 5).

Discusión y conclusiones

Uno de los objetivos de este trabajo ha sido analizar las posibles relaciones entre los diferentes constructos de control, el impacto de la enfermedad crónica y el ajuste emocional a la misma. En este sentido, es de destacar que tanto la Autoeficacia General, como la Competencia Percibida en Salud y el Locus de Control Interno, se han asociado significativa y negativamente con la percepción de impacto físico y psicosocial, así como con la depresión, coincidiendo con los resultados de los estudios revisados (Barlow et al., 1997; Dwyer, 1997; Karson et al., 1997; Buckelew et al., 1996; Härkäpää et al., 1996; Levin et al., 1996; Shaw et al., 1996; Wright et al., 1996; Toomey et al., 1995). Sin embargo, la percepción de autoeficacia, el único constructo en este estudio no referido a la salud, no se ha relacionado de forma significativa ni con la percepción del dolor, ni con la ansiedad. En este último caso, tampoco lo hizo la Competencia Percibida en Salud. En el patrón general de relaciones, aunque todas ellas moderadas, la Competencia Percibida ha mostrado los coeficientes de correlación más elevados con las variables de impacto de la enfermedad, y no así con las de ajuste emocional. Además, la Competencia Percibida en salud ha sido la única variable predictora de la percepción del impacto físico y psicosocial. Ambos resultados, apoyan las propuestas de Wallston acerca del papel sobre la salud de otro tipo de creencias de control, diferentes de las del locus de control interno (Wallston, 1992). Asimismo, coinciden con la conclusión de Skinner (1996), respecto de la consideración simultánea de las nociones de contingencia y de competencia en cualquier conceptualización sobre el control, en orden a incrementar su poder predictivo. La Competencia Percibida en Salud, según Wallston (1992), incluye conceptualmente

tanto la expectativa de resultados, como la de autoeficacia.

Sin embargo, con respecto a este último comentario, y atendiendo a las relaciones de la Competencia Percibida en salud con el resto de constructos de control, parece claro que ésta incluye el componente de competencia, dada la moderada asociación con autoeficacia general, pero no así el de contingencia, al no obtener correlación significativa con el locus de control interno. Este resultado no coincide con el obtenido por otros autores, donde Competencia Percibida y Locus de Control Interno se asociaron significativa y positivamente, aunque de forma moderada (Smith et al., 1995; Christensen, Wiebe, Benotsch y Lawton, 1996; Fernández, Alvarez, Blasco, Doval y Sanz, 1998). Sin embargo, hay que señalar que, en nuestro caso, el resultado debe ser tomado con cautela debido a la versión experimental de la escala de control utilizada. Finalmente, cabe destacar la relación significativa entre autoeficacia general y competencia percibida en salud, dada la diferencia en el grado de generalización de los dos constructos.

Otra cuestión sobre la que llamar la atención, está relacionada con la metodología correlacional del trabajo. En este sentido, y de acuerdo con Wallston (1992), no se puede descartar que las asociaciones significativas de la Competencia Percibida con el impacto de la enfermedad, reflejen el efecto del estado de salud en la percepción de control, más que el efecto contrario. Así, los pacientes con mejores resultados en relación a su enfermedad, pueden tener experiencias de mayor control, y por lo tanto percibirse más competentes para manejar eficazmente estos problemas. Es difícil sugerir explicaciones unidireccionales de causa-efecto entre variables de control y de adaptación a la enfermedad y, ni siquiera parece adecuado en el caso de es-

tudios transversales con enfermedades crónicas, dado el efecto circular que estas variables tienen en situaciones de proceso: el control puede determinar la adaptación y el grado de adaptación puede determinar las experiencias de control. Ambas direcciones serían plausibles en nuestra muestra de pacientes con Artritis Reumatoidea, en donde las medias de la percepción del impacto físico y psicosocial son relativamente bajas (menores de 20 en un rango de 0 a 100), y las medias de percepción de dolor y de competencia son relativamente altas (ambas mayores de 50). Estos valores, sugieren también la posibilidad de que las experiencias de control no sólo se generen a partir de los resultados directos de la enfermedad, como pueden ser los síntomas (dolor), sino también a partir de sus consecuencias indirectas (impacto físico y psicosocial). Un enfermo podría no tener experiencia de control sobre los síntomas pero sí sobre sus consecuencias.

El locus de control de salud interno no ha resultado una variable predictora del impacto de la enfermedad; sólo en el caso de la percepción de síntomas (dolor), pero explicando únicamente el 12% de la varianza. Este resultado es coincidente con las conclusiones expuestas por Wallston en su estudio de revisión del constructo, acerca de su escasa capacidad predictiva sobre la ejecución de conductas de salud, por un lado, y sobre resultados, por otro (Wallston, 1992).

Con respecto al ajuste emocional, el locus de control interno ha predicho, aunque débilmente, el grado de ansiedad, sin man-

tener su efecto cuando controlamos el de las variables de impacto de la enfermedad. Estas últimas fueron las únicas que predijeron la ansiedad, dando cuenta de más de la mitad de su varianza (el 52 %). Controlado este mismo efecto en la depresión, la percepción de Autoeficacia ha sido el constructo de control con mayor capacidad predictiva, seguida del Locus de Control Interno, aunque éste sólo añadió un 3% de varianza explicada. Este resultado sugiere que la depresión, como estado emocional indicador de falta de ajuste a la enfermedad, puede estar modulada fundamentalmente por un estilo disposicional previo, y no estar directamente relacionada con el padecimiento del problema.

En resumen, existen relaciones significativas y diferenciales entre las percepciones de control, el impacto de la enfermedad y el ajuste emocional, en la muestra estudiada. Aunque en general los valores obtenidos son bajos, las contribuciones más relevantes han sido de los constructos que implican un sentido de competencia: la Autoeficacia General en relación al grado de depresión, y la Competencia Percibida en Salud en relación al grado de impacto físico y psicosocial de la Artritis Reumatoidea.

Agradecimientos:

Este trabajo es parte de una investigación Hispano-Británica (Acción Integrada nº142B) realizada conjuntamente con la profesora M. Johnston de la Universidad de St. Andrews (Escocia).

Referencias bibliográficas

- Affleck, G., Tennen, H., Pfeiffer, C. y Fifield, J. (1987). Appraisals of control and predictability in adapting to a chronic disease. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 273-279
- Badía, X. y Alonso, J. (1994). Adaptación de una medida de la disfunción con la enfermedad: la versión española del Sickness Impact Profile. *Medicina Clínica*, 102, 90-95.
- Baessler, J. y Schwarzer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: adaptación de la Escala de Autoeficacia General. *Ansiedad y Estrés*, 2 (1), 1-8.
- Bandura, A. (1987). Autoeficacia. En Bandura A., *Pensamiento y acción*. Fundamentos sociales, cap. 9, pp. 415-478. Martínez Roca.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological Review*, 84: 191-215.
- Barlow JH, Williams B y Wright Ch. (1996). The Generalized Self-Efficacy Scale in people with arthritis. *Arthritis Care and Research*, 9 (3), 189-196.
- Bergner, M., Bobbit, R.A., Carter, W.B. y Gilson, B.S. (1981). The Sickness Impact Profile: Development and final revision of a health status measure. *Medical Care*, 19(8), 787-805.
- Bonetti, D., Johnston, M., Rodríguez-Marín, J., Pastor, M.A., Martín-Aragón, M., Doherty, E. y Sheehan, K. Dimensionality of Perceived Control and its relation to disability: A factor analytic study using a student cross-cultural patient sample. *Enviado para su publicación*.
- Brown, G.K., Nicassio, P.M. y Wallston, K.A. (1989). Pain coping strategies and depression in Rheumatoid Arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(5), 625-657.
- Buckelew, S.P., Huysen, B., Hewett, J.E., Parker, J.C., Johnson, J.C., Conway, R. y Kay, D.R. (1996) Self-efficacy predicting outcome among fibromyalgia subjects. *Arthritis Care and Research*, 9(2), 97-104.
- Buckelew, S.P., Shutty, M.S., Hewett, J., Landon, T., Morrow, K. y Frank, R.G. (1990) Health locus of control, gender differences and adjustment to persistent pain. *Pain*, 42: 287-294.
- Christensen, A.J., Wiebe, J.S., Benetsch, E.G. y Lawton, W.J. (1996). Perceived health competence, health locus of control, and patient adherence in renal dialysis. *Cognitive Therapy and Research*, 20 (4), 411-421.
- competencia personal de Wallston: implicaciones para el estudio del estrés. *Ansiedad y Estrés*, 4 (1), 31-41.
- Dwyer, K.A. (1997). Psychosocial factors and health status in women with Rheumatoid Arthritis: Predictive Models. *American Journal of Preventive Medicine*, 13(1), 66-72
- Fergusson, E., Dodds, A., Ng, L. y Flannigan, H. (1994). Perceived control: distinct but related levels of analysis. *Personality and Individual Differences*, 16(3), 425-432.
- Fernández, J., Alvarez, M., Blasco, T., Doval, E. y Sanz, A. (1998). Validación de la escala de
- Härkäpää K, Järvikoski A y Estlander AM (1996). Health optimism and control beliefs as predictors for treatment outcome of a multimodal back treatment program. *Psychology and Health*, 12: 123-134.
- Karlson, E.W., Daltroy, L.H., Lew, R.A., Wright, E.A., Partridge, A.J., Fossel, A.H., Roberts, N., Stern, S.H., Straaton, K.V., Wacholth, M.C., Kavanaugh, A.F., Grosflam, J.M. y Liang, M.H. (1997). The relationship of socioeconomic status, race, and modifiable risk factors to outcomes in patients with Systemic Lupus Erythematosus. *Arthritis and Rheumatism*; 40(1), 47-56.
- Keefe, F.J., Brown, G.K., Wallston, K.A. y Caldwell, D.S. (1989). Coping with rheumatoid arthritis pain: catastrophizing as a maladaptive strategy. *Pain*, 37: 51-56.
- Levenson, H. (1972). Distinctions within the concept of internal-external control: development of a new scale. *Proceedings of the 89th Annual Convention of the American Psychological Association*, Vol. 7, pp 261-262
- Levin, J.B., Lofland, K.R., Cassisi, J.E., Poreh, A.M. y Blonsky, E.R. (1996). The relationship between self-efficacy and disability in chronic low back pain patients. *International Journal of Rehabilitation and Health*, 2(1), 19-28.
- Lorig, K., Chastain, R.L., Ung, E., Shoor, S. y Holman, H.R. (1989). Development and evaluation of a scale to measure perceived self-efficacy in people with arthritis. *Arthritis and Rheumatism*, 32(1), 37-44.
- Martin-Aragón, M., Pastor, M.A., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J. y Terol, M.C. (1997). La escala de Autoeficacia General: valoración preliminar. Poster presentado en el *VI Congreso Nacional de Psicología Social*. 29-30 de septiembre y 1 de octubre. San Sebastián.
- Meenan, R.F., Gertman, P.M. y Mason, J.H. (1980). Measuring health status in arthritis. The Arthritis Impact Measurement Scales. *Arthritis and Rheumatism*, 23(2), 146-152.

- Meenan, R.F., Gertman, P.M., Mason, J.H. y Dunaif, R. (1982). The Arthritis Impact Measurement Scales. Further investigations of a health status measure. *Arthritis and Rheumatism*, 25(9), 1048-1053.
- Pastor MA, Salas E, López S, Rodríguez J, Sánchez S y Pascual E (1993). Patients' beliefs about their lack of pain control in primary Fibromyalgia Syndrome. *British Journal of Rheumatology*; 34: 484-489
- Pastor, M.A. (1992). El papel de los factores psicosociales en la Fibromialgia. *Tesis Doctoral* no publicada. Facultad de Medicina. Universidad de Alicante.
- Pastor, M.A., Martín-Aragón, M., Rodríguez-Marín, J., Terol, M.C., López-Roig, S. y Sánchez, S. (1997). Valoración de la Competencia Percibida en relación a la salud. Poster presentado en el VI Congreso Nacional de Psicología Social. 29-30 de septiembre y 1 de octubre. San Sebastián.
- Reich, J.W. y Zautra, A.J. (1997). Locus of Control influences diathesis-stress effects in Rheumatoid Arthritis patients. *Journal of Research in Personality*, 31: 423-438
- Reich, J.W., Erdal, K.J. y Zautra, A.J. (1997). Beliefs about control and health behaviors. En D.S. Gochman (ed.) *Handbook of Health Behavior Research*. Cap. 5, pp.93-111. Plenum Press: NY.
- Rodríguez-Marín, J., López-Roig, S. y Pastor, M.A. Adaptación de la Escala Multidimensional de Locus de Control en Salud. Versión experimental. Departamento de Psicología de la Salud. Universidad de Alicante.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80 (1, 609).
- Shaw, W.S., Cronan, T.A., Lee, R.E. y Kaplan, R.M. (1996). Health care satisfaction among Osteoarthritis sufferers. *Psychology and Health*, 11: 395-409.
- Shwarzer, R. (1993). Measurement of perceived self-efficacy. *Psychometric scales for cross-cultural research*. Berlin: Freie Universität.
- Shwarzer, R. (1994). Optimism, vulnerability, and self-beliefs as health-related cognitions: A systematic overview. *Psychology and Health*, 9: 161-180.
- Skinner, E. (1992). Perceived control: motivation, coping and development. En Ralf Schwarzer (Ed): *Self-efficacy: Thought control of action*. Freie Universität Berlin. Taylor & Francis.
- Skinner, E.A. (1996). A guide to constructs of control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(3), 549-570
- Smith, C.A. y Wallston, K.A. (1992). Adaptation in patients with chronic Rheumatoid Arthritis: application of a general model. *Health Psychology*, 11: 151-162.
- Smith, C.A., Dobbins, C. y Wallston, K.A. (1991). The mediational role of perceived competence in adaptation to rheumatoid arthritis. *Journal of Applied Social Psychology*, 21, 1218-1247.
- Smith, M.S., Wallston, K.A. y Smith, C.A. (1995). The development and validation of the Perceived Health Competence Scale. *Health Education Research*, 10(1), 51-64.
- Terol, M.C., Rodríguez-Marín, J., López-Roig, S., Martín-Aragón, M. y Pastor M.A. (1997). Hospital Anxiety and Depression Scale. Psychometric properties in a Spanish sample. Poster presentado en 11th Conference of the European Health Psychology Society. 3-5 de septiembre, 1997. Burdeos (Francia)
- Thompson, S.C. y Collins, M.A. (1995). Applications of Perceived control to cancer: an overview of the theory and measurement. *Journal of Psychosocial Oncology*, 13 (1-2), 11-26.
- Thompson, S.C. y Spacapan, S. (1991). Perceptions of control in vulnerable population. *Journal of Social Issues*, 41: 1-21.
- Toomey, T.C., Seville, J.L., Mann, J.D., Abashian, S.W. y Wingfield, M.S. (1995). Relationship of learned Resourcefulness to measures of pain description, psychopathology and health behavior in a sample of chronic pain patients. *The Clinical Journal of Pain*; 11: 259-266
- Wallston, B., Wallston, K., Kaplan, G. y Maides, S. (1976). Development and validation of the Health Locus of Control (HLC) scale. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44: 580-585.
- Wallston, K., Wallston, B. y DeVellis, R. (1978). Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) scales. *Health Educational Monographs*, 6: 160-176.
- Wallston, K.A. (1989). Assessment of control in health-care settings. En A. Steptoe y A. Appels (Eds.), *Stress, personal control, and health*, pp 85-105. Chexester, England: Wiley.
- Wallston, K.A. (1992). Hocus-Pocus, the focus isn't strictly on locus: Rotter's social learning theory modified for health. *Cognitive Therapy and Research*. 16 (2), 183-199.
- Wallston, K.A. y Wallston, B.S. (1982). Who is responsible for your health? The construct of health locus of control. En G.S. Sanders y J. Suls. (Eds): *Social Psychology of Health and Illness*. Cap. 3, pp. 65-95. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

- Wallston, K.A., Wallston, B.S., Smith, S. y Dobbins, C.J. (1987). Perceived control and health. *Current Psychological Research and Reviews*, 6: 5-25.
- Wright, G.E., Parker, J.C., Smarr, K.L., Shchoenfeld-Smith, K., Buckelew, S.P., Slaughter, J.R., Johnson, J.C. y Hewett, J.E. (1996). Risk factors for depression in Rheumatoid Arthritis. *Arthritis Care and Research*, 9(4), 264-272.
- Zigmond, A.S. y Snaid, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica*, 67:361-370.