



2001, 7(1), 1-14

EL PAPEL DE LAS EXPECTATIVAS GENERALIZADAS DE CONTROL EN EL AFRONTAMIENTO Y AJUSTE PSICOLÓGICO EN MUJERES CON CÁNCER DE MAMA

M^a del Mar González-Tablas, David L. Palenzuela, * Ramón F. Pulido, Luisa M^a Sáez Regidor y Estrella López Pérez

*Universidad de Salamanca

Resumen: Se analiza el papel de tres expectativas generalizadas de control (EGC) -autoeficacia, locus de control y éxito- en el afrontamiento y ajuste psicológico (ansiedad y depresión) en mujeres con cáncer de mama. La muestra inicial de 52 mujeres fue dividida en dos grupos a partir de las puntuaciones en la BEEGC-28 -una medida de las EGC- configurando un Patrón Cognitivo de Expectativas Generalizadas de Control (PCEGC) con dos niveles: alto y bajo (altas y bajas puntuaciones en EGC, respectivamente), quedando la muestra reducida a 27 mujeres. Se encontró que un PCEGC alto estaba asociado a un mayor uso de las estrategias de búsqueda de apoyo social, planificación de solución de problemas, distanciamiento y reevaluación positiva, y menor uso de la estrategia de escape-avoidance. Además, las mujeres con un PCEGC alto mostraron niveles bajos de ansiedad y depresión, lo que sugiere que dicho patrón puede estar actuando como un mecanismo de protección ante la respuesta de estrés.

Palabras Clave: Expectativas generalizadas de control, Afrontamiento, Ansiedad, Depresión, Cáncer de mama.

Abstract: The role of three generalized expectancies of control (GEC) -self-efficacy, locus of control and success- on coping and psychological adjustment (anxiety and depression) in women with breast cancer was analysed. A total of 52 women participated in this research. Sample was split in two groups from their scores in the BEEGC-28, a measure of the GEC. A Generalized Expectancies of Control Cognitive Pattern (GECCP) with two levels, high and low (high and low scores in GEC, respectively), was generated. The sample contributing to the analyses was of 27 women. Results show that a high GECCP was associated with a more use of seeking social support, planful problem solving, distancing and positive reappraisal strategies, and less use of the escape-avoidance strategy. Moreover, women with a high GECCP showed low levels of anxiety and depression, which may lead to suggest that this pattern may be acting as a mechanism of protection for stress response.

Key words: Generalized expectancies of control, Coping, Anxiety, Depression, Breast cancer.

Title: *The role of generalized expectancies of control on coping and psychological adjustment in women with breast cancer*

Introducción

Existen abundantes pruebas de cómo algunas personas logran mantenerse en un buen estado de bienestar psicológico a pesar de tener que hacer frente a algún suceso vital adverso. Con el fin de comprender y explicar qué es lo que distingue a esas personas

que afrontan eficientemente las adversidades y mantienen un buen ajuste psicológico de las que no lo consiguen, se han investigado diversas variables aisladas de personalidad como autoestima, autoeficacia, optimismo y locus de control (LOC) y una serie de constructos multifacéticos¹ como personalidad robusta (*hardy personality*, Kobasa, 1979), sentido de coherencia (Antonovsky, 1979), ilusiones positivas (Taylor, 1991), o personalidad resistente (*resilient personality*, Major, Richards, Cooper, Co-

* Dirigir la correspondencia a: Dra. David L. Palenzuela, Facultad de Psicología, Universidad de Salamanca, Av. de la Merced, 109-131, 37005 Salamanca (España), E-mail: dlp@gugu.usal.es

zzarelli y Zubek, 1998). En este artículo investigamos el papel de otro constructo multifacético de personalidad: las *expectativas generalizadas de control*.

Expectativas generalizadas de control

El concepto de control ocupa un papel central en muchos constructos multifacéticos como los que acabamos de mencionar y en diversas teorías del estrés y afrontamiento (v.g., Abramson, Metalsky y Alloy, 1989; Bandura, 1977; Folkman, 1984; Lazarus y Folkman, 1986; Taylor, 1983, 1991; Wortman y Brehm, 1975). La relevancia de la noción de control también se pone de manifiesto en la enorme cantidad de constructos aparecidos en las últimas décadas, lo que ha llevado a algunos a proponer sistemas teóricos integradores. Una de las propuestas más recientes y completas ha sido la de Skinner (1996), que ha elaborado un interesante sistema conceptual que permite clasificar y organizar más de 100 términos relativos al control.

Nuestro estudio, sin embargo, se ha basado en otra propuesta hecha con anterioridad por Palenzuela (1988, 1989). Dentro de este esquema integrador se hace hincapié en el *control* orientado hacia el *futuro*, tal como queda reflejado en la expresión *expectativas de control*. Desde los trabajos pioneros de Tolman, cabe destacar tres expectativas relacionadas con el control: *expectativa de éxito* (Rotter, 1954), *LOC* (Rotter, 1966) y *autoeficacia* (Bandura, 1977). A pesar de la fundamentación teórica que tienen y del volumen de investigación al que han dado lugar, estas tres expectativas, sin embargo, han sido a menudo confundidas o no distinguidas adecuadamente (Palenzuela, 1987a). Por ejemplo, al describir las *expectativas de resultado* y *autoeficacia*, Bandura (1977) no distinguió entre expectativa de éxito y LOC, no quedando claro si

ésta están integradas en la *expectativa de resultado* o si *ésta* se refiere *sólo* al LOC - como parece ser el caso- o a un nuevo contenido; en todo caso, no parece que recoga la expectativa de éxito. Algo similar podría decirse del planteamiento de Wallston (1989, 1992).² Por otro lado, Kirsh (1985), vio la expectativa de autoeficacia como una “nueva” etiqueta para referirse a la “vieja” *expectativa de éxito* de Rotter (1954). Por último, en la extensa revisión de Skinner (1996) sobre el concepto de control se hecha en falta, precisamente, el viejo concepto de Rotter, o el de *optimismo disposicional* de Scheier y Carver (1985).³

Consecuentemente, uno de los propósitos del enfoque de control de Palenzuela (1988, 1989) ha sido destacar las *expectativas de éxito*, *de LOC* y *de autoeficacia*, agrupándolas bajo la denominación de *expectativas de control*, pero manteniendo cada una de ellas su propia identidad; así estas expectativas recogen tres aspectos del *control* muy relacionados entre sí pero conceptualmente diferentes. Pueden ser concebidas y medidas como expectativas *generalizadas* o *específicas*. Inicialmente, Palenzuela (1990) se interesó por una concepción *generalizada* y desarrolló un cuestionario para medir esos tres tipos de expectativas. Utilizaremos la expresión Expectativas Generalizadas de Control (EGC) como un constructo *multifacético* que agrupa tres expectativas *generalizadas* relacionadas con el control: la *expectativa de autoeficacia*, referida al grado en que una persona confía en sus capacidades para desenvolverse eficazmente en una gran variedad de situaciones; la *expectativa de LOC*, referida al grado en que uno espera que los acontecimientos de su vida sean contingentes o independientes de sus propias acciones; y la *expectativa de éxito*, que tiene que ver con la estimación subjetiva de la

persona sobre la obtención de cualquier meta, resultado o refuerzo deseado.

Personalidad, afrontamiento y ajuste psicológico

Es interesante observar el grado de confluencia existente entre esta visión de las EGC y el modo en que se han conceptualizado los recursos de personalidad en recientes investigaciones sobre el papel de variables disposicionales en el afrontamiento de sucesos estresantes y el ajuste psicológico (v.g., Cozzarelli, 1993; Major et al., 1998; Wanberg, 1997). Así, Major et al. (1998) y Wanberg (1997) utilizaron como variables disposicionales tres rasgos de personalidad (autoestima, control percibido⁴ y optimismo) que configuran lo que ellos han llamado *personalidad resistente*. Según Major et al. (1998) un individuo con personalidad resistente tiene una visión positiva de sí mismo, una sensación de control sobre su vida y una visión optimista del futuro, lo que debería contribuir a hacer valoraciones más positivas de los sucesos estresantes y a un mejor ajuste psicológico. Wanberg (1997) ha contextualizado esas variables dentro de la teoría de la adaptación cognitiva de Taylor (Taylor 1983, 1991), considerando la autoestima, el control percibido y el optimismo como las tres variables de *adaptación cognitiva*. Al mismo tiempo, Taylor (1983) desarrolló su teoría al estudiar de qué modo las mujeres con cáncer de mama -el suceso estresante investigado en este artículo- afrontaban su enfermedad y conseguían una buena adaptación, defendiendo la idea de que aquellas personas con mejor salud mental y que afrontan mejor los sucesos estresantes mantienen una alta *autoestima*, un alto *control percibido* y un elevado *optimismo*, es decir, ilusiones positivas.

Son muchos los estudios que han demostrado que una alta *autoestima* actúa como amortiguador de los efectos negativos del estrés (Cozzarelli, 1993). La gente con alta autoestima es capaz de reaccionar a las situaciones de estrés de un modo más autoprotector, utilizan un estilo explicativo de autoprotección, desarrollan y mantienen vínculos con personas íntimas en situaciones de estrés y utilizan estrategias de aproximación o centradas en el problema en mayor medida que estrategias de evitación (Cozzarelli, 1993; Terry, 1994).⁵

Por lo que respecta al *control percibido*, en una revisión hecha por Cohen y Edwards (1988) el LOC fue una de la pocas variables disposicionales que estaba consistentemente relacionada con un mejor ajuste tras la experiencia de un suceso estresante. Por otro lado, lo que sugieren una serie de estudios recogidos por Cozzarelli (1993) es que los individuos con elevada sensación de control personal, en situaciones de afrontamiento, ejercen más esfuerzo, buscan más o hacen mejor uso del apoyo social, tienen un mayor repertorio de recursos de afrontamiento a su disposición y utilizan más estrategias de afrontamiento efectivas. Otros estudios, como ha indicado Terry (1994), también ponen de relieve la influencia de las creencias generalizadas de control sobre las respuestas de afrontamiento, de modo que los individuos con creencias de control interno utilizan un afrontamiento más centrado en el problema y menos en la emoción que aquellos con creencias de control externo, presumiblemente debido a que creen que sus propios esfuerzos serán efectivos para cambiar la situación de estrés (Cozzarelli, 1993; Terry, 1994).

Por último, en cuanto al *optimismo disposicional*, Scheier y Carver (1992) revisaron una serie de estudios que señalan que el optimismo está asociado con un mayor bie-

nestar psicológico (ver también Chang, 1998) y con un mayor uso de estrategias de afrontamiento activo y un menor uso de estrategias de evitación. En esta línea, Scheier, Weintraub y Carver (1986) encontraron que el optimismo está asociado positivamente con estrategias de afrontamiento activo (afrontamiento centrado en el problema y búsqueda de apoyo social) y con reinterpretación positiva y, negativamente, con negación, distanciamiento y focalización y expresión de sentimientos. Por otro lado, un estudio realizado por Carver et al. (1993) en mujeres con cáncer de mama, muestra que el optimismo está inversamente relacionado con el malestar psicológico (ansiedad, depresión e ira), y relacionado positivamente con afrontamiento activo y planificación y, negativamente, con estrategias de evitación como la negación.

En resumen, la literatura empírica pone de relieve la estrecha relación que por *separado* tienen la autoestima, el control percibido y el optimismo con el modo de afrontar los sucesos estresantes y con el ajuste psicológico.⁶ Sin embargo, como ya señalábamos al comienzo de esta sección, estudios recientes (v.g., Major et al., 1998; Wanberg, 1997) han agrupado esos tres rasgos en un constructo multifacético demostrado que los individuos con alta autoestima, alto control percibido y alto optimismo afrontan más eficientemente los sucesos estresantes y manifiestan mejor salud mental (Wanberg, 1997). Nuestro estudio se centra en otro constructo multifacético -las EGC- tomando el cáncer de mama como suceso estresante.

El suceso estresante: el cáncer de mama

Las publicaciones sobre cáncer de mama ponen de relieve la importancia de las respuestas de ansiedad y depresión en este tipo de enfermos (Font, 1988; Moyer y Salovey, 1997; Saleeva, Weitzner y Meyers, 1996),

lo que implica que al problema físico se añade la pérdida de bienestar psicológico. Si bien dichas respuestas son un ajuste natural al proceso oncológico, también pueden constituir trastornos emocionales de vital importancia en el transcurso de la enfermedad. De ahí que hayamos elegido la ansiedad y depresión como indicadores del ajuste psicológico y veamos la necesidad de explorar disposiciones de personalidad que puedan estar asociadas a la ansiedad y depresión.

El presente estudio

El presente estudio se caracteriza por examinar el papel de la personalidad en el afrontamiento y ajuste psicológico, centrándose en las EGC como un constructo multifacético. De modo similar a modelos y estudios recientes, combinaremos las puntuaciones en las tres expectativas a fin de identificar un Patrón Cognitivo de Expectativas Generalizadas de Control (PCEGC) alto y bajo. En concreto, este estudio examina (a) el papel que las EGC juegan en las estrategias de afrontamiento que utilizan mujeres con cáncer de mama y (b) en qué medida las EGC pueden estar actuando como un mecanismo protector del ajuste psicológico, de modo que las mujeres con un PCEGC alto manifiesten menor ansiedad y depresión que aquellas con un PCEGC bajo.

Método

Sujetos y procedimiento

La muestra fue extraída de forma incidental de dos ámbitos: la Junta Provincial Salamanca de la Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) y el Servicio de Psiquiatría (SP) del Hospital Clínico Universitario de Salamanca. Se solicitó la colaboración en una investigación sobre cáncer de mama concertando una entrevista con las pacientes

a través de los responsables de ambas instituciones. Todas las personas a las que se invitó a participar aceptaron de forma voluntaria, formando un grupo de 52 mujeres diagnosticadas de cáncer de mama, de las cuales 30 proceden de la Asociación y las 22 restantes del Servicio de Cirugía derivadas al SP. Fueron excluidas aquellas mujeres con metástasis, con historia psiquiátrica previa, o que estuvieran afrontando sucesos vitales estresantes ajenos a la enfermedad. Su edad media fue de 52 años y la desviación típica 11,79 (con un rango de edad comprendido entre 25 y 72 años), no apreciándose diferencias de edad según el ámbito de extracción.

A partir de las puntuaciones obtenidas en la BEEGC-28 (ver la próxima sección) se establecieron dos grupos de mujeres en función de sus EGC, configurando un PCEGC con dos niveles: *alto* y *bajo* (puntuaciones superiores al percentil 75 e inferiores al percentil 25 en expectativas de autoeficacia, LOC interno y éxito, respectivamente). El análisis de datos se hizo con las 27 mujeres que se situaron en los dos niveles del PCEGC (11 en el alto y 16 en el bajo), no alterándose significativamente el rango de edad del grupo original. Asimismo presentan un rango de años de evolución de la enfermedad desde el diagnóstico hasta que se produce la presente evaluación similar, independientemente del grupo experimental al que pertenecen (el rango oscila entre 1 y 7 años). Lo mismo ocurre en relación con el tipo de tratamiento quirúrgico recibido (tumorectomía, mastectomía o cirugía más trasplante). En cuanto al tratamiento psicofarmacológico, 3 de las 11 mujeres del grupo Alto reciben algún tratamiento de este tipo (1 del SP y 2 de la AECC) frente a 9 de las 16 que integran el grupo Bajo (8 del SP y 1 de la AECC).

El proceso de recogida de la información fue el mismo para todas las participantes, la realización de una entrevista personal semiestructurada que permitía determinar si la paciente cumplía los criterios de inclusión, seguida de la aplicación individual y heteroaplicada de la batería de pruebas psicológicas. Todas las pacientes fueron entrevistadas por el mismo especialista. El orden de aplicación de los instrumentos psicológicos fue: BEEGC-28, WCQ, STAI y BDI (ver la próxima sección). Las pruebas se administraron según las indicaciones de los autores, salvo en el caso del WCQ. Las instrucciones de este cuestionario son generales en cuanto a que no hacen referencia a ninguna situación estresante en particular. Con el fin de medir las estrategias que las mujeres de nuestro estudio utilizaban para afrontar su enfermedad, se les pidió que orientaran todas las preguntas del cuestionario hacia su problema, tal como se ha hecho en otros estudios (v.g. Chang, 1998). El tiempo invertido con cada paciente oscilaba entre una hora y hora y media, comenzando las entrevistas en Septiembre de 1996 y finalizando en Octubre de 1998.

Instrumentos

Expectativas generalizadas de control. Se utilizó la versión de 28 ítems de la Batería de Escalas de Expectativas Generalizadas de Control (BEEGC-28) de Palenzuela, Prieto, Almeida y Barros (1992) que se compone de tres escalas destinadas a medir las EGC (autoeficacia, LOC y éxito). La escala de LOC a su vez contiene tres subescalas, utilizándose sólo la de Contingencia o LOC interno en este estudio. Los coeficientes alfa de consistencia interna obtenidos en una muestra universitaria son: Autoeficacia = .86, Contingencia = .72 y Éxito = .85.

Todas ellas están libres de deseabilidad social.

Afrontamiento. Se utilizó el Cuestionario de Modos de Afrontamiento (*Ways of Coping Questionnaire - WCQ*) de Folkman y Lazarus (1988), que según los autores mide 8 estrategias de afrontamiento: 3 *centradas en el problema* (confrontación, búsqueda de apoyo social y planificación de solución de problemas) y 5 *centradas en la emoción* (autocontrol, distanciamiento, reevaluación positiva, aceptación de responsabilidad y escape-evitación).

Ajuste psicológico. Para medir la *ansiedad-estado* se utilizó el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (*State-Trait Anxiety Inventory -STAI*) de Spielberger,

Gorsuch y Lushene (1994). Como medida de la *depresión*, se utilizó el Inventario de Depresión de Beck (*Beck Depression Inventory -BDI*) (Beck, Ward, Mendelson, Mock y Erbaugh, 1961).

Resultados

Para comprobar si existe relación entre el PCEGC y la procedencia de las participantes, realizamos un análisis de independencia de una tabla de contingencia (ver Tabla 1) donde se ha clasificado a las mujeres según su PCEGC (bajo y alto) y procedencia (SP del Hospital Clínico Universitario y Junta Provincial de la AECC) ($\chi^2_{(2)} = 10,501, p < 0,001; Phi = 0,624$).

Tabla 1. Clasificación de la muestra en función del PCEGC y del ámbito de extracción

Ámbito de Extracción	Patrón Cognitivo de Expectativas Generalizadas de Control		
	Bajo (<i>n</i> = 11)	Alto (<i>n</i> = 16)	Total
Servicio de Psiquiatría	13 (81,250%)	2 (18,182%)	15 (55,556%)
Junta Provincial de la AECC	3 (18,750%)	9 (81,818%)	12 (44,444%)
Total	16 (100%)	11 (100%)	27 (100%)

Tabla 2. Medias y desviaciones típicas de las estrategias de afrontamiento en función del PCEGC

Estrategias de Afrontamiento	Patrón Cognitivo de Expectativas Generalizadas de Control					
	Bajo (<i>n</i> = 11)		Alto (<i>n</i> = 16)		Total	
	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>	<i>M</i>	<i>DT</i>
Confrontación (C)	0,913	0,570	1,236	0,472	1,044	0,547
Distanciamiento (D)*	0,946	0,532	1,377	0,405	1,122	0,522
Autocontrol (AU)	1,330	0,556	1,351	0,421	1,339	0,497
Búsqueda de Apoyo Social*	1,338	0,676	1,836	0,885	1,541	0,792
Aceptación de Responsabilidad	0,781	0,706	0,909	0,831	0,833	0,747
Escape-Evitación (EE)*	0,812	0,559	0,455	0,396	0,667	0,522
Planificación de Solución Problemas*	0,600	0,527	1,636	0,736	1,022	0,799
Reevaluación Positiva *	0,857	0,581	1,662	0,809	1,185	0,780
Total	0,947	0,625	1,308	0,754		

La mayor parte de las mujeres que presentan un PCEGC bajo proceden del SP (81,25%), mientras que las mujeres con un PCEGC alto pertenecen, mayoritariamente, a la Asociación (81,82%). Esta relación es fácilmente interpretable, pues si bien la reacción psicológica natural de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama es la ansiedad y la depresión, esta reacción puede verse acentuada en mujeres con un PCEGC bajo, lo que pudo llevarles a solicitar asistencia psiquiátrica; de ahí que las mujeres con un PCEGC bajo procedan en su mayoría del SP. Por el contrario, es de esperar que las mujeres con un PCEGC alto sean más activas y menos vulnerables a la ansiedad y depresión; de ahí que la mayoría de las mujeres de este grupo recurran a la autoayuda, a través de la pertenencia a una asociación. Todo ello es consistente con los

resultados principales del estudio que describimos a continuación.

De acuerdo con el primer objetivo de este estudio, se realizó un análisis bifactorial de la varianza de medidas repetidas para verificar si el PCEGC genera perfiles diferenciales en las estrategias de afrontamiento. Los resultados (ver Tabla 2) arrojan diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la frecuencia con que las mujeres utilizan algunas estrategias en función de su PCEGC ($F_{1,25} = 6,035$; $p < 0,021$). En promedio, las mujeres con un PCEGC alto usan con mayor frecuencia las estrategias ($M = 1,308$) que las que poseen un PCEGC bajo ($M = 0,947$). Si bien conviene destacar que, en general, su uso varía considerablemente de unas estrategias a otras ($F_{7,175} = 7,432$; $p < 0,0001$), oscilando entre el promedio de escape-avoidancia (0,667) y el de búsqueda de apoyo (1,541).

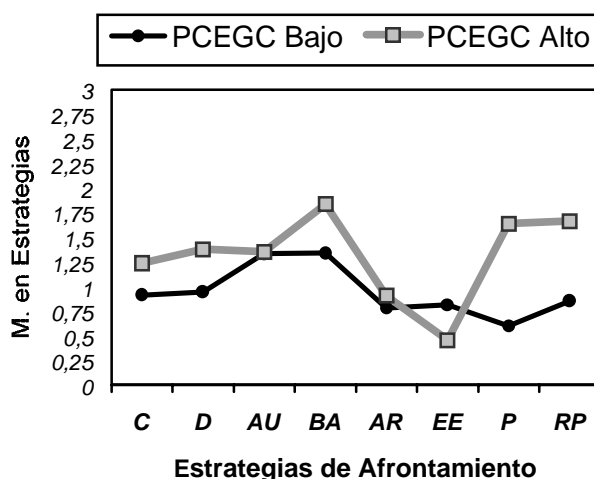


Figura 1. Perfiles diferenciales de las estrategias de afrontamiento en función del PCEGC

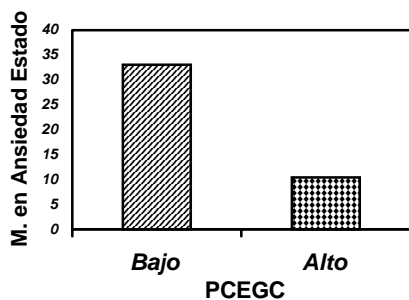


Figura 2. Puntuaciones medias en ansiedad estado en función del PCEGC

Asimismo, se aprecia que existe interacción entre los niveles del PCEGC y las estrategias de afrontamiento ($F_{7,175} = 4,653$; $p < 0,0001$) dando lugar a dos perfiles diferenciales (ver Figura 1). Tal como queda reflejado en la Tabla 2, las mujeres con un PCEGC alto emplean significativamente con mayor frecuencia determinadas estrategias (distanciamiento, búsqueda de apoyo social, planificación de solución de proble-

mas y reevaluación positiva). Sin embargo, obtienen una puntuación significativamente más baja en escape-evitación con respecto al grupo con un PCEGC bajo.

Otro de los objetivos de este trabajo era estudiar el grado de relación entre las EGC y el ajuste psicológico (ansiedad y depresión). Para ello, se realizaron diferentes contrastes t . Se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,0001$) en función del PCEGC. Un PCEGC bajo va asociado a unos índices de ansiedad por encima del percentil 75, obteniéndose un promedio de 33,062. Por el contrario, cuando el PCEGC es alto su puntuación en ansiedad ($M = 10,455$) se encuentra entre los percentiles 10 y 11 (ver Figura 2). En cuanto a la depresión (ver Figura 3), las mujeres con un PCEGC alto presentan ausencia de la misma ($M = 8,64$) frente a la presencia de sin-

tomatología depresiva moderada ($M = 26,94$) en las mujeres con un PCEGC bajo.

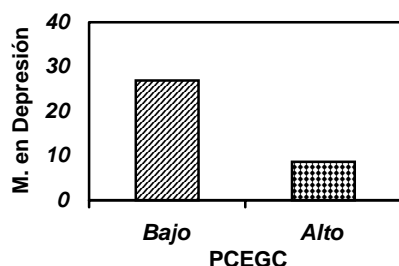


Figura 3. Puntuaciones medias en depresión en función del PCEGC

Discusión

Los resultados del presente estudio muestran cómo las EGC están claramente relacionadas con el afrontamiento y el bienestar psicológico, aportando nueva evidencia empírica a la mostrada por estudios recientes (v.g., Major et al., 1998; Wanberg, 1997) que han utilizado un constructo multifacético similar a las EGC. Al mismo tiempo, los resultados son consistentes con modelos teóricos de orientación patogénica (v.g., Abramson et al., 1989; Seligman, 1975; Wortman y Brehm, 1975) y salutogénica (v.g., Taylor, 1983, 1991).

Relación de las EGC con el afrontamiento y ajuste psicológico

Uno de los resultados de este estudio es que las mujeres con un PCEGC alto usan con mayor frecuencia las estrategias que aquellas con un PCEGC bajo. Esto es claramente consistente con el modelo integrador del control de Wortman y Brehm (1975) y la teoría de la adaptación cognitiva de Taylor (1983, 1991), en cuanto a que lo que se espera es que los individuos con altas EGC sean más activos y luchan y se esfuerzan

más, tratando de buscar estrategias que les permitan controlar la situación estresante y, en su caso, amortiguar el impacto afectivo negativo de la experiencia adversa. Por el contrario, consistentemente con el modelo de Wortman y Brehm (1975) las personas con bajas EGC serían más pasivos y se rendirían con más facilidad, cayendo en un estado de indefensión y utilizando como estrategia el escape-evitación.

En esta línea argumental, la literatura sobre las relaciones entre optimismo, afrontamiento y ajuste (v.g., Carver et al., 1993; Chang, 1998; Cozzarelli, 1993; Major et al., 1998; Scheier et al., 1986), sugiere que el optimismo tiene efectos positivos sobre el ajuste psicológico al incrementar la *persistencia* en el afrontamiento y promover el uso de *más* estrategias de afrontamiento *adaptativas*. Como señalan Scheier et al. (1986) es más probable que los optimistas utilicen estrategias centradas en el problema (v.g., búsqueda de apoyo social) que representan un modo activo de afrontamiento, pero también utilizan estrategias centradas en la emoción, consideradas por Lazarus y Folkman como una categoría amplia compuesta de varias subtipos, lo que ha llevado a Scheier et al. (1986) a sostener que el optimismo puede estar asociado positivamente con algunas subcategorías del afrontamiento centrado en la emoción (v.g., reinterpretación positiva) e inversamente relacionados con otras subcategorías (v.g., negación). Esto significa que el optimismo no sólo lleva a un afrontamiento activo y persistente sino también eficiente, flexible y adaptativo, es decir que, dependiendo de la situación, poner en marcha *alguna* estrategia dirigida a controlar las emociones negativas desencadenadas por la adversidad de la situación puede ser adaptativo.

En consonancia con la literatura empírica y con la teoría de la adaptación cognitiva

de Taylor (1983, 1991) sobre el papel de las *ilusiones positivas* en la salud mental y el afrontamiento de adversidades, las mujeres de nuestro estudio con un PCEGC alto manifiestan un patrón de estrategias de afrontamiento más *eficiente y adaptativo*. Así, por un lado, utilizan *más* las estrategias centradas en el problema (búsqueda de apoyo social y planificación de solución de problemas), *algunas* estrategias centradas en la emoción (distanciamiento y reevaluación positiva) y, por otro lado, utilizan *menos* la estrategia de escape-avoidancia.

Otro resultado de este estudio es que las mujeres con un PCEGC bajo manifiestan niveles más altos de ansiedad y depresión que aquellas con un PCEGC alto.⁷ Esto es consistente con otros estudios que han empleado las EGC en otras situaciones estresantes (López, 2000) y en situaciones no estresantes (Palenzuela y Rodríguez Morejón, 1994), y con estudios que han usado variables disposicionales similares a las EGC también en situaciones no estresantes (v.g., Fernández-Castro, Álvarez, Blasco, Doval y Sanz, 1998), en situaciones estresantes como el cáncer de mama (v.g., Carver et al., 1993) o en otras situaciones estresantes (v.g., Aspinwall y Taylor, 1992; Cozarelli, 1993; Major et al., 1998; Wanberg, 1997).

Desde un punto de vista teórico, este último resultado es consistente con modelos de una orientación patogénica que se centran en las expectativas de no control como un factor de vulnerabilidad a la ansiedad y depresión (v.g., Abramson et al., 1989; Miller, Shoda y Hurley, 1996). Por otro lado, consistentemente con modelos salutogénicos como la teoría de la adaptación cognitiva de Taylor (1983, 1991) nuestros datos también apoyan la idea de que altas EGC, como un patrón cognitivo o recurso de personalidad que las personas llevan consigo, pueden es-

tar actuando como un mecanismo protector o “anticuerpos psicológicos” (Rosenbaum, 1990) que determinan el que, ante sucesos vitales adversos, unas personas se adapten mejor que otras, manteniendo un mejor estado de bienestar psicológico.

Algunas limitaciones y futura investigación

Una primera limitación tiene que ver con la naturaleza del estudio. Dado que se trata de un estudio correlacional y transversal no se puede hablar de causalidad sino de meras asociaciones en un punto determinado del tiempo. Otra limitación afecta a la muestra, así aunque en el estudio participaron 52 mujeres, los análisis se realizaron con sólo 27 al utilizar grupos extremos, por lo que debemos ser cautos con la generalizabilidad de los resultados. En este sentido, Blasco et al. (1999) han señalado que los estudios que encontraron una relación negativa entre competencia personal (CP) -un constructo que guarda alguna similitud con los componentes de las EGC- y estrés utilizaron grupos con puntuaciones extremas en ese constructo, sugiriendo que “el efecto amortiguador de la CP sobre la reactividad al estrés sólo se daría en individuos con un valor elevado en esa creencia” (p. 266). Una tercera limitación tiene que ver con la operacionalización del afrontamiento, al utilizar un cuestionario general en lugar de específico de la situación estresante. Es cierto que se orientó a los sujetos -como se ha hecho en otros estudios- para que respondieran pensando en su propia situación, sin embargo, también se ha sugerido la necesidad de emplear medidas específicas de la situación para proporcionar una comprensión real de cómo la gente afronta un estresor específico (ver Wanberg, 1997, p. 734).⁸ Por otro lado, a pesar de ser uno de los más usados, el WCQ puede que no sea el mejor cuestionario (ver Endler y Parker, 1990).⁹

Por último, a pesar de haber encontrado una relación directa entre EGC y ajuste psicológico, recientes estudios (v.g., Major et al., 1998; Wanberg, 1997) que han empleado constructos multifacéticos similares al nuestro, han aportado evidencia sobre las estrategias de afrontamiento como mecanismo a través del cual variables disposicionales de personalidad afectan al grado de ajuste psicológico. Sin embargo, nuestro estudio fue diseñado antes de que esos estudios fueran publicados. Además, ha de tenerse en cuenta que el objetivo de este estudio era explorar el papel de un nuevo constructo *disposicional* multifacético -las EGC- en el afrontamiento y ajuste psicológico ante sucesos estresantes vitales como el cáncer de mama. Con todo, en futuros estudios sería interesante examinar el papel no sólo de las estrategias *específicas* de afrontamiento sino también de las expectativas *específicas* de control como mecanismos mediadores entre las EGC y la adaptación a sucesos estresantes. También, en consonancia con el modelo salutogénico, sería interesante evaluar el bienestar psicológico en términos positivos -por ejemplo, satisfacción vital y calidad de vida percibida- y no sólo en términos de *ausencia* de ansiedad y depresión.

Implicaciones para la intervención

Resulta difícil, como han señalado Carver et al. (1993) en un estudio de mujeres con cáncer de mama, derivar de los datos empíricos implicaciones para la intervención. Puede que no sea lo mismo que determinados tipos de afrontamiento se activen de un modo natural y espontáneo que como consecuencia de una intervención psicológica. No obstante, como señalan estos autores, parece contraproducente escapar o evitar la realidad, particularmente en situaciones tan evidentes como el caso de las mujeres con

cáncer de mama que han sido operadas. Por otro lado, aunque médicamente el cáncer de mama pueda ser considerado más como una situación incontrolable que controlable, la *realidad* pone de manifiesto que personas a las que se les ha hecho un pronóstico totalmente negativo y pesimista desde un punto de vista médico, o bien se recuperan o bien el desarrollo letal de la enfermedad es mucho más lento de lo pronosticado.

Esto nos permite especular que el cáncer de mama, como otros muchos sucesos vitales adversos, puede tratarse de una situación más ambigua de lo que a priori, o físicamente, puede parecer en cuanto a su grado de controlabilidad. De ahí que, consistentemente con la teoría de la adaptación cognitiva de Taylor (1983, 1991) sobre la ilusiones positivas y de acuerdo con las últimas investigaciones en el campo de la psiconeuroinmunología, encontramos justificado proponer como intervención psicológica el promover las EGC.

Conclusiones

A pesar de las limitaciones antes señaladas, los resultados de este estudio permiten sacar tres conclusiones. Primero, que un PCEGC alto parece estar asociado con una actitud más activa y luchadora y con un mejor ajuste psicológico, como se desprende, por un lado, del hecho de asistir con más frecuencia a la Asociación y menos al SP y, por otro, del tipo de estrategias utilizadas y los índices de ansiedad y depresión manifestados. Segundo, que un PCEGC alto puede estar actuando como un recurso de la persona(lidad) o “anticuerpo personalógico” permitiendo que algunos afronten y se adapten mejor que otros ante una misma situación adversa. Tercero, que las EGC, como un nuevo constructo multifacético, con implicaciones tanto para los modelos patogénicos como salutogénicos, puede tener un

gran valor heurístico que deberá ser cons- tatado en otras investigaciones.

Referencias bibliográficas

- Abramson, L. Y., Metalsky, G. Y. y Alloy, L. B. (1989). Hopelessness depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping: New perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Aspinwall, L. G. y Taylor, S. E. (1992). Modeling cognitive adaptation: A longitudinal investigation of the impact of individual differences and coping on college adjustment and performance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 989-1003.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-205.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Medelson, M., Mock, J. y Erbaugh, J. (1961). Inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Blasco, T., Fernández-Castro, J., Doval, E., Moix, J., Rovira, T. y Sanz, A. (1999). Competencia personal y estrés. *Estrés y Ansiedad*, 5, 261-273.
- Carver, C. S. (1989). How should multifaceted personality constructs be tested? Issues illustrated by self-monitoring, attributional style, and hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 577-585.
- Carver, C. S., Pozo, C., Harris, S. D., Noriega, V., Scheier, M. F., Robinson, D. S., Ketcham, A., Moffat, F. L. y Clark, K. C. (1993). How coping mediates the effect of optimism on distress: A study of women with early stage breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 375-390.
- Chang, E. C. (1998). Dispositional optimism and primary and secondary appraisal of a stressor: Controlling for confounding influences and relations to coping and psychological and physical adjustment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1109-1120.
- Cohen, S. y Edwards, J. R. (1988). Personality characteristics as moderators of the relationship between stress and disorder. En R. W. J. Neufeld (Ed.), *Advances in the investigation of psychological stress*. New York: Wiley.
- Cozzarelli, C. (1993). Personality and self-efficacy as predictors of coping with abortion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 65, 1224-1236.
- Endler, N. S. y Parker, J. D. A. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 844-854.
- Fernández-Castro, J., Álvarez, M., Blasco, T., Doval, E., y Sanz, A. (1998). Validación de la escala de competencia personal de Wallston: Implicaciones para el estudio del estrés. *Estrés y Ansiedad*, 4, 31-41.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 839-852.
- Folkman, S. y Lazarus, R. S. (1988). *Manual for the Ways of Coping Questionnaire*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
- Font, A. (1988). Niveles de ansiedad y depresión en pacientes neoplásicos ambulatorios. En J. Santacreu (Ed.), *Modificación de conducta y psicología de la salud* (pp. 269-277). Valencia: Promolibro.
- Kirsch, I. (1985). Self-efficacy and expectancy: Old wine with new labels. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 824-830.
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: An inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca (Orig. 1984).
- López, E. (2000). *Estilos de afrontamiento y esclerosis múltiple*. Tesis doctoral no publicada. Universidad de Salamanca, Salamanca.
- Major, B., Richards C., Cooper M. L., Cozzarelli, C. y Zubek J. (1998). Personal resilience, cognitive appraisals, and coping: An integrative model of adjustment to abortion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 735-752.
- Miller, S., Shoda, Y. y Hurley, K. (1996). Applying cognitive-social theory to health-protective behavior: Breast self-examination in cancer screening. *Psychological Bulletin*, 119, 70-94.
- Moyer, A. y Salovey, P. (1997). Psychosocial sequelae of breast cancer and its treatment. *Annals of Behavioral Medicine*, 18, 110-125.
- Palenzuela, D. L. (1984). Critical evaluation of locus of control:

- Towards a reconceptualization of the construct and its measurement. *Psychological Reports*, 54, 683-709. (Monogr. Suppl. 1-V54)
- Palenzuela, D. L. (1987a). The expectancy construct within the social learning theories of Rotter and Bandura: A reply to Kirsch's approach. *Journal of Social Behavior and Personality*, 2, 437-452.
- Palenzuela, D. L. (1987b). Sphere-specific measures of perceived control: Perceived contingency, perceived competence, or what? A critical evaluation of Paulhus and Christie's approach. *Journal of Research in Personality*, 21, 264-286.
- Palenzuela, D. L. (1988). *Control personal: Un enfoque integrativo-multidimensional*. Manuscrito sin publicar, Universidad de Salamanca, Salamanca.
- Palenzuela, D. L. (1989, Noviembre). *Control personal: Un enfoque integrativo multidimensional*. Invited address to the International Conference "Psychology and Psychologists Today", 2nd Portuguese Psychologists Convention, Lisbon.
- Palenzuela, D. L. (1990, Noviembre). *Midiendo las expectativas generalizadas de control: Primeros datos*. Comunicación presentada al VIII Congreso Nacional de Psicología, Barcelona.
- Palenzuela, D. L. (1991). Un estudio psicométrico de tres medidas sobre el self: Autopunitividad, autoeficacia y autoestima. *Quirriculum*, (Extra 1/2), 215-218.
- Palenzuela, D. L. y Rodríguez Morjón, A. (1994). Depressogenic cognitive styles. En B. De Rad, W.K.B. Hofstee, y G.L. Van Heck (Eds.), *Personality Psychology in Europe* (Vol. 5, pp. 274-279). Tilburg, The Netherlands: Tilburg University Press.
- Palenzuela, D. L., Prieto, G., Almeida, L. y Barros, A. (1992). *Estudio transcultural de la Escala de Expectativas de Control Percibido (ECP)*. Memoria de investigación. Ministerio de Asuntos Exteriores e Investigación y Ciencia. Universidad de Salamanca, Salamanca.
- Rosenbaum, M. (1990). *Learned resourcefulness: On coping skills, self-control, and adaptive behavior*. New York: Springer Publishing Company.
- Rotter, J. B. (1954). *Social learning and clinical psychology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, No.1 (Whole no. 609).
- Saleeba, A. K., Weitzner, M. A. y Meyers, C. A. (1996). Subclinical psychological distress in long-term survivors of breast cancer: A preliminary communication. *Journal of Psychosocial Oncology*, 14, 83-93.
- Scheier, M. F. y Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.
- Scheier, M. F. y Carver, C. S. (1992). Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 201-228.
- Scheier, M. F., Weintraub, J. K. y Carver, C. S. (1986). Coping with stress: Divergent strategies of optimists and pessimists. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1257-1264.
- Seligman. (1975). *Indefensión*. Madrid: Debate (Orig., 1975).
- Skinner, E. A. (1996). A guide to constructs of control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 549-570.
- Sosa, C. D., Capafóns, J. I., Carballera, M. (1999). Afrontamiento, ajuste psicológico y cáncer de mama. *Estrés y Ansiedad*, 5, 47-60.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L. y Lushene, R. E. (1994). *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo*. Madrid: TEA.
- Taylor, S. E. (1983). Adjustment to threatening events. A theory of cognitive adaptation. *American Psychologist*, 38, 1161-1173.
- Taylor, S. E. (1991). *Seamos optimistas: Ilusiones positivas*. Barcelona: Martínez Roca (Orig. 1989).
- Terry, D. J. (1994). Determinants of coping: The role of stable and situational factors. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 895-910.
- Wanberg, C. R. (1997). Antecedents and outcomes of coping behaviors among unemployed and reemployed individuals. *Journal of Applied Psychology*, 82, 731-744.
- 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). New York: 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, 183-199.
- Wortman, C. B. y Brehm, J. W. (1975). Responses to uncontrollable outcomes: An integration of reactance theory and the learned helplessness model. En L. Berkowitz (Ed.), *Advances in experimental social psychology* (Vol. 8, pp. 277-366). New York: Academic Press.

Notas

- ¹ Siguiendo a Carver (1989), usamos el término *multifacéticos* para referirnos a constructos más amplios surgidos de la combinación de dos o más variables de personalidad.
- ² El olvido de la *expectativa de éxito* de Rotter (1954) queda reflejado en la siguiente afirmación sobre la expectativa *conductual* (autoeficacia) y de *resultado* (LOC): “Our perceived competence scale is more than simply a self-efficacy measure. Because it combines a behavioral expectancy with an outcome expectancy it captures the full range of the expectancy construct described in social learning theory (Wallston, 1989, p. 101)”.
- ³ Estos investigadores desarrollaron este concepto apoyándose justamente en la expectativa generalizada de éxito de Rotter (1954), y a partir de su artículo de 1985, en el que describían un cuestionario para medir el *optimismo disposicional* y su relación con el afrontamiento y la salud, se han publicado muchos artículos sobre el papel de esta variable disposicional en el afrontamiento y ajuste psicológico en muy variadas situaciones de estrés. Por otro lado, el modo en que Scheier y Carver han definido el optimismo disposicional y la investigación que ha generado no sólo refuerza el empeño de Palenzuela por recuperar el viejo concepto de Rotter y distinguirlo de las otras expectativas (LOC y autoeficacia) sino que puede verse un gran solapamiento entre la *expectativa generalizada de éxito*, tal como se utiliza en este estudio, y el constructo de optimismo disposicional de Scheier y Carver (1985).
- ⁴ Con este término, la mayoría de los estudios se refieren al constructo de LOC. No obstante, ha sido uno de los términos más usados para referirse a constructos muy diferentes como ha señalado recientemente Skinner (1996; ver también Palenzuela, 1984, 1987b).
- ⁵ Una explicación de por qué la gente con alta autoestima utiliza estrategias de aproximación al problema más que de evitación es que una alta autoestima “probablemente predisponga a una persona a sentimientos de confianza en su capacidad para superar problemas” (Terry, 1994, p. 896). Claramente, esta explicación tiene que ver con la expectativa de autoeficacia y, aunque no son constructos conceptualmente equivalentes (Bandura, 1977), sí parece existir una cierta afinidad entre ellos, al menos cuando la autoeficacia es concebida como una expectativa *generalizada* (Palenzuela, 1991). De este modo, la evidencia obtenida con uno de los constructos puede servir de apoyo al otro.
- ⁶ Un revisor anónimo se preguntaba por qué no habíamos citado más estudios sobre los constructos que componen las EGC en sujetos aquejados de cáncer. Ciertamente, son muchos los estudios que han investigado esos constructos en el contexto del cáncer, pero muy pocos los que han analizado el papel que juegan, como *disposiciones* de personalidad, en el afrontamiento y el ajuste psicológico ante la enfermedad. Por otro lado, el énfasis de nuestro estudio está en la combinación de esas variables disposicionales en un constructo *multifacético*.
- ⁷ El hecho de que el grupo con un PCEGC bajo esté formando en un 81% por mujeres del SP llevó a un revisor anónimo a argumentar que las diferencias en ansiedad y depresión eran esperables dado que posiblemente estos síntomas son los que llevaron a estas mujeres al SP. Si hubiéramos obtenido los grupos en función de los dos ámbitos de extracción, este argumento sería muy válido; sin embargo, si tenemos en cuenta que los grupos fueron obtenidos en base a un PCEGC bajo y alto, no sólo carece de sentido sino que el hecho de que el grupo con un PCEGC bajo esté formado básicamente por mujeres del SP refuerza el grado de relación encontrado entre las EGC y la ansiedad-depresión (véase al respecto la explicación dada al comienzo de la sección “Resultados”). No obstante, como sugiere este revisor, hubiera sido interesante haber contado también con mujeres procedentes de otros ámbitos (v.g., servicio de oncología o ginecología).

- ⁸ En este sentido, en un estudio reciente hecho con muestras españolas (Sosa, Capafóns y Carballeira, 1999) se ha utilizado una adaptación del cuestionario de Lazarus a pacientes oncológicos. En todo caso, nuestros datos se recogieron con anterioridad.
- ⁹ Agradecemos los comentarios de un revisor anónimo sobre este punto. Desafortunadamente, el uso generalizado de determinados cuestionarios incluso después de haber sido cuestionados, es algo bastante frecuente. Suele tratarse de cuestionarios desarrollados por autores con cierto renombre, como es el caso de Lazarus. Otro ejemplo sería el cuestionario I-E de Rotter.