



## PERCEPCIÓN DE CONTROL, OBSERVANCIA DEL TRATAMIENTO Y RESULTADOS DE LA REHABILITACIÓN FÍSICA

Esther Sitges, Jesús Rodríguez-Marín, Maite Martín-Aragón, M<sup>a</sup> Ángeles Pastor, José Vicente Castejón, José Joaquín Mira y Sonia Tirado

Universidad Miguel Hernández de Elche

2001, 7(2-3), 231-245

**Resumen:** Este trabajo presenta los resultados obtenidos en un estudio realizado con 158 pacientes que han seguido un tratamiento de rehabilitación física en 4 hospitales de la provincia de Alicante. El objetivo que nos planteamos fue analizar cómo los factores cognitivos están relacionados con la observancia del régimen terapéutico, así como con la evaluación de su estado de salud. La evaluación de los resultados fue medida tanto a través de la evaluación de los resultados desde el punto de vista de los propios pacientes, como de los médicos. Los resultados muestran que de las variables cognitivas utilizadas, la competencia percibida en salud, es un buen predictor de los resultados de los tratamientos y las expectativas de resultados son un predictor apropiado de la observancia de los tratamientos de rehabilitación. Como conclusión se sugiere la valoración para futuras investigaciones en el ámbito de la psicología de la salud, de las variables cognitivas en sus diferentes niveles de especificidad como predictores tanto de la observancia como de los resultados de los tratamientos.

**Palabras Clave:** Rehabilitación física; factores cognitivos; evaluación de resultados

**Abstract:** This article presents the results obtained in a study carried out with 158 patients who had undergone physical rehabilitation in 4 hospitals in the province of Alicante. The aim of this study was to compare how cognitive factors are related to the treatment *observance* as well as to the state of health assessment. The outcome evaluation was assessed according to the point of view of both doctors and patients. Of the cognitive variables used, results show that perceived health competence is a good predictor of outcome results and outcome expectancies are an appropriate predictor of *compliance* in rehabilitation treatments. For future studies in the health psychology field we therefore propose to assess cognitive variables in their different levels of specificity as predictors for both the *observance* and the outcome of treatments.

**Key words:** Control perception, treatment observance and physical rehabilitation outcomes

**Title:** Control perception, treatment observance and physical rehabilitation

### Introducción

Dentro del contexto de la rehabilitación física se incluye cada vez más, como medida de evaluación de los resultados, la valoración subjetiva de los pacientes ante su tratamiento. Esto es así debido a que se acepta por parte de los profesionales de la salud que la evaluación exclusiva de los parámetros biológicos describe únicamente una pequeña parte del total de los efectos que

los tratamientos producen sobre la salud de los individuos. Así, desde el ámbito de la psicología de la salud se estudian los factores que influyen en la adopción y mantenimiento de nuevos comportamientos saludables o el cese de conductas insalubres, en un intento de entender por qué los individuos llevan a cabo acciones para promover o poner en peligro su estado de salud y/o fallan en su intento (Wallston, 1992). Desde los Modelos de Cognición Social se consideran los factores cognitivos como aquellos capaces de producir variaciones en los comportamientos sociales, por lo que

\* Dirigir la correspondencia a: Dra. Esther Sitges Maciá. Dpto. de Psicología de la Salud. Campus de Elche. Edificio Torreblanca. Avda. del Ferrocarril, S/N. 03202 Elche (Alicante). E-mail: esther.sitges@umh.es  
© Copyright 2001: de los Editores de **Ansiedad y Estrés**

se les ha reconocido su valiosa contribución al entendimiento en la modificación de conductas de salud. Dentro de estos modelos destaca la Teoría Cognitiva Social de Albert Bandura, (Bandura, 1977) que reconoce el papel activo de las cogniciones en el aprendizaje tanto instrumental como vicario y postula que el funcionamiento psicológico se produce como una interacción entre la conducta, las influencias externas y los factores cognitivos. De entre estos últimos, la percepción de control ha recibido la mayor atención en el ámbito de la salud (Thompson y Spacapan, 1991; Wallston, 1989; Wallston, Wallston, Smith y Dobbins, 1987).

En la literatura encontramos diferentes formas de conceptualizar el control, tanto es así que Skinner (1996) analiza en un exhaustivo trabajo todos ellos e intenta introducir criterios para su clasificación. Así, por ejemplo, podemos encontrar por un lado estudios que utilizan un constructo de percepción de control muy específico como son las Expectativas de Autoeficacia Específica. Éstas se definen como “los juicios de cada individuo sobre sus capacidades, sobre la base de los cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado” (Bandura, 1987). Tal y como el mismo Bandura afirma, el concepto no hace referencia a los recursos que se disponga, sino a la opinión que uno tenga sobre lo que puede hacer con ellos. La autoeficacia percibida crea una diferencia entre cómo las personas sienten, piensan y actúan. En términos de sentimiento, una baja autoeficacia está asociada a sentimientos de depresión, ansiedad e inutilidad, influyendo en el rendimiento y aumentando o impidiendo la motivación para actuar (Schwarzer y Fuchs 1995, Bandura, 1997). Por otro lado, encontramos estudios que utilizan constructos de percepción de control más generales como la Au-

toeficacia General propuesta por Schwarzer (1992) y la Competencia Percibida propuesta, en el ámbito de la salud, por Wallston (1992). En este caso la percepción de control se entiende como una orientación más genérica, es decir, se concibe como un sentimiento relativamente estable del individuo sobre su competencia personal para manejar de forma eficaz una gran variedad de situaciones estresantes, como puede ser el padecimiento de un problema de salud. Además el constructo de Competencia Percibida incluiría según Wallston tanto ese sentimiento de percepción de eficacia personal como el de contingencia (Wallston, 1992). En este sentido, a pesar del acuerdo generalizado sobre la importancia de evaluar las expectativas de resultado, como Villamarín (1994) sostiene, en la práctica, la investigación se ha centrado preferentemente en el estudio de la autoeficacia obviando la evaluación sobre la creencia de que determinada conducta le llevará al resultado deseado, esto es al sentido de contingencia que, como hemos mencionado, estaría incluido en el constructo de competencia percibida en salud.

La propuesta de diferentes autores es la conveniencia de utilizar de forma simultánea los diferentes componentes de la percepción de control y poder comparar de este modo su contribución a la predicción del comportamiento (Ferguson, Dodds y Flannigan, 1994; Skinner, 1992; Reich, Erdal y Zautra, 1997). En el caso que nos ocupa de la Rehabilitación Física es de una importancia destacada puesto que el cumplimiento o la observancia del tratamiento y la calidad de vida de los pacientes pueden estar determinadas por esa percepción de control (Rodríguez-Marín 1993). En este sentido se observa que cada vez son más numerosos los estudios que consideran la evaluación de los aspectos psicosociales de los pacientes como parte de la evaluación de los re-

sultados en la rehabilitación física (Spilker 1990; Chubon 1994; Granger, Kenneth, Ottenbacher, Baker y Sehgal, 1995; Rothwell, McDowell, Wong y Dorman, (1997); McFarlane y Brooks 1997; Ekberg y Wildhagen 1996).

Por todo lo anteriormente expuesto, en este trabajo nos planteamos un doble objetivo. En primer lugar, establecer la relación existente entre distintos constructos de percepción de control y la ejecución de determinadas conductas, que en nuestro caso serían las de observancia o cumplimiento con el tratamiento.

En segundo lugar, nos planteamos estudiar la relación que la percepción de control y las mencionadas conductas puedan tener sobre los resultados del tratamiento rehabilitador, puesto que como afirman Turk y Rudy (1991) la efectividad de los tratamientos no sólo depende de lo apropiado de los mismos sino también del grado en el que los pacientes cumplen con el tratamiento.

## Método

### Sujetos

La muestra final de nuestro estudio estuvo compuesta por 214 sujetos que acudieron en primera visita a los servicios de rehabilitación de 4 Hospitales del Servicio Valenciano de Salud de la provincia de Alicante. Para el cálculo del tamaño muestral se realizó un muestreo aleatorio simple, siendo la muestra total representativa de las patologías más frecuentes en los Servicios de Rehabilitación de nuestra Provincia.

La edad media de los sujetos fue de 43,62 años (d.t.=13.89; rango =18-64 años). De ellos el 61% eran mujeres y el 39% hombres. Las patologías evaluadas fueron traumatismos o lesión (40,38%), dolor en partes blandas y articulaciones (32,21%), algias vertebrales (25,48%), y

deformidades (1,92%). La mayoría de los pacientes (45,79%) tenía estudios primarios, y la situación laboral de los pacientes fue principalmente la Incapacidad Laboral Temporal (26,67%), en Activo (25,24%), o Ama de casa (25,24%).

El tiempo de aparición de la enfermedad en relación a las patologías ha sido:

- El 56.1% de “traumatismos” se han producido entre 1 y 5 meses anteriores a la primera visita al Servicio de Rehabilitación.
- El 54.6% de “Partes blandas y articulaciones” se han producido entre los 5 meses y 2 años anteriores.
- En el caso de “algias vertebrales” el tiempo de aparición de la enfermedad ha sido para el 25% de los pacientes entre los 2 y los 5 años antes de la primera visita, y otro 25% con una duración de más de 10 años.
- En las “deformidades” el 66% de los casos se han producido entre los 5 meses y 2 años anteriores, y un 33% presentaba un duración de la enfermedad de más de 10 años.

### Instrumentos

#### *Percepción de Control*

Para la evaluación de la *Percepción General de Autoeficacia*, utilizamos la escala de Autoeficacia General - AEG (*Jerusalem y Schwarzer. 1992*). *Adaptación española, Baessler y Schwarzer 1996*) que evalúa la competencia general para manejar de forma eficaz una gran variedad de situaciones estresantes. La versión alemana de la escala contenía 20 ítems, pero quedó reducida a 10 (Jerusalem y Schwarzer 1992). En los diferentes estudios en los que se ha utilizado, ha obtenido una alta consistencia interna (Coeficiente alfa de Cronbach entre .79 y .93), mostrando, además, una alta correlación positiva con autoestima y con opti-

mismo y una correlación negativa con ansiedad, depresión y síntomas físicos (Baessler y Schwarzer 1996).

La *Competencia percibida en salud* se evaluó con la escala "Perceived Health Competence Scale" (Smith, Wallston y Smith, 1995), adaptación española de Pastor, Martín-Aragón, Rodríguez-Marín, Terrol, Lopez Roig y Sanchez, 1997, y evalúa el grado en que una persona se siente capaz de manejar eficazmente sus problemas de salud. Se trata de una escala de 8 ítems según una escala de respuesta de 5 puntos (1 = completamente en desacuerdo 5 = completamente de acuerdo). Puntuaciones altas reflejan una alta percepción de competencia con respecto a la salud.

La *Autoeficacia Percibida Específica* es entendida como la "creencia de que uno es capaz de ejecutar exitosamente un determinado comportamiento" (Villamarín 1990, 1994), que en nuestro estudio dicho comportamiento se traduce en la observancia del tratamiento prescrito. Elaboramos una escala al efecto que incluía una pregunta sobre cada uno de los diferentes tratamientos que se prescribían a los pacientes. Así, se preguntaba a cada paciente por su creencia en su capacidad para realizar únicamente los tratamientos específicos que le habían sido prescritos. Las técnicas que se incluyeron en dicha escala, eran aquellas que los médicos participantes en el estudio consideraron como las más utilizadas habitualmente en la terapia de rehabilitación. Se incluyeron un total de 13 técnicas que se englobaron en tres grandes áreas: área médica, área de fisioterapia y domicilio. La escala de respuestas tenía una puntuación que iba de "0" a "10", siendo "0" = "No, en absoluto" y "10" = "Sí, con absoluta seguridad".

Las *Expectativas de Resultado*, como hemos comentado, se han definido como "la creencia de una persona que un deter-

minado comportamiento conducirá a unos determinados resultados" (Bandura, 1987, 1997). En nuestro estudio dicha creencia la hemos entendido como la creencia que cumpliendo con el tratamiento prescrito, tendrá una mejoría en la salud del paciente. Hemos elaborado una escala ad hoc, al igual que con la escala de autoeficacia específica, preguntando por el grado en que cree el paciente que con las técnicas específicas que le habían sido prescritas, obtendría los resultados esperados. La escala de respuestas era igualmente de 10 puntos siendo "0" = "No, en absoluto" y "10" = "Sí, con absoluta seguridad".

#### *Observancia del tratamiento*

Siguiendo la definición clásica de Haynes (1979), la observancia o el cumplimiento es entendido como "la medida en que la conducta de una persona (en términos de toma de medicamentos, seguimiento de las dietas o de realización de cambios de estilo de vida) coincide con el consejo médico o sanitario". En nuestro estudio se operativizó esta variable como el porcentaje en que la conducta del paciente coincide con la prescrita por el médico.

Al no existir medidas estandarizadas para la observancia del tratamiento en el ámbito rehabilitador, incluimos, siguiendo el criterio de los médicos participantes en el estudio, cinco preguntas que eran evaluadas por el médico. Dos de ellas se referían al régimen de visitas estipuladas (una referida a la consulta de rehabilitación y otra a la consulta de fisioterapia), y las otras tres preguntas referidas propiamente al tratamiento prescrito a los pacientes. Los criterios de observancia se establecieron de la siguiente forma:

- 1º) 81 - 100% de observancia del tratamiento; "Cumplimiento óptimo" = 1
- 2º) 61 - 80% de observancia del tratamiento; "Cumplimiento bueno" = 2

- 3º) 41 - 60% de observancia del tratamiento; "Cumplimiento regular" = 3  
 4º) 21 - 40% de observancia del tratamiento; "Cumplimiento malo" = 4  
 5º) 0 - 20% de observancia del tratamiento "Cumplimiento pésimo" = 5

#### *Resultados de la rehabilitación*

Para una valoración global de los resultados tras el tratamiento rehabilitador, nos planteamos la evaluación tanto desde el punto de vista del paciente, utilizando un cuestionario del Estado de Salud, como desde el punto de vista médico mediante dos escalas una de evaluación funcional y otra de mejoría del tratamiento (estas dos últimas eran evaluadas por el médico rehabilitador):

*Cuestionario Multidimensional de Estado de Salud percibido* se evaluó mediante el cuestionario *Health Survey SF - 36* (Ware 1992). *Adaptación española*, Alonso, Prieto, y Antó, 1995). Este cuestionario ha sido utilizado con resultados altamente satisfactorios en diferentes contextos clínicos (Alonso, Prieto y Antó, 1995; Kiebzak, Vain, Gregory, Mokris y Mauerhan, 1997; Jenkinson, Layte, Coulter y Wright 1996; Vickrey, Hays, Genovese, Myers y Ellison, 1997; Beaton, Bombardier y Hogg-Johnson 1996; Beaton, Hogg-Johnson y Bombardier 1997). Su contenido se centra en el estado funcional, en el bienestar y una evaluación general de la salud. Los ítems y las dimensiones del SF - 36 están puntuados de forma que a mayor puntuación, mejor es el estado de salud. Para cada dimensión los ítems son codificados y transformados en una escala que tiene un recorrido desde "0" = "el peor estado de salud para esa dimensión" y "100" = "el mejor estado de salud para esa dimensión". El cuestionario no ha sido diseñado para generar un índice global de estado de salud. Los valores del coeficiente de fiabilidad estimados mediante el

alfa de Cronbach, en población española han sido superiores a 0.7 en todas las dimensiones, a excepción de la dimensión de función social que fue 0.45 (Alonso, Prieto y Antó, 1995).

*Mejoría de la áreas evaluadas en los programas de rehabilitación.* Para la evaluación de esta variable utilizamos un cuestionario diseñado al efecto según las orientaciones de los médicos. Este cuestionario evalúa la mejoría en el balance articular, balance muscular, signos clínicos neurológicos y ortopédicos, síntomas, dolor, actividades de la vida diaria y la repercusión en la actividad principal del sujeto (laboral o no laboral). La escala de respuesta es de 3 niveles: 1 = mejoría nula o clínicamente insignificante; 2 = suficiente; 3 = completa. Asimismo, y previo a la realización del estudio, una valoración médica interjueces entre los médicos rehabilitadores participantes en el estudio para establecer la uniformidad de criterios médicos respecto a la mejoría del paciente que asiste a un programa de rehabilitación. Un total de diez rehabilitadores evaluaron con las historias clínicas de 31 paciente de los cuatro hospitales. El grado de acuerdo en las diferentes áreas analizado a través del índice Kappa de Cohen fue aceptable con un rango de 0.5117 - 0.8118.

*Mejoría de la incapacidad de los pacientes.* Para la evaluación de esta variable, utilizamos la Escala de Independencia funcional (F.I.M) (*Functional Independence Measure; Research Foundation State University of New York, 1990*). *Adaptación española*, Rodríguez 1995. Es una medida de la incapacidad que cuantifica lo que el paciente hace realmente, independientemente de cuál sea la afección (Badía, Salamero, Alonso y Ollé 1996). Tiene un total de 18 ítems con una escala de respuesta de 7 puntos que va desde el nivel 1 = dependencia completa - ayuda total (autonomía 0%)

hasta el nivel 7 = independencia completa (apropiada a las circunstancias y sin peligro).

### **Diseño**

Se trata de un estudio de campo con diseño correlacional y análisis multivariante de los datos obtenidos. Los criterios para la inclusión de los pacientes han sido:

1º) Acudir por primera vez al Servicio de Rehabilitación

2º) Ser mayores de 18 años y menores de 65

3º) Tener como diagnóstico principal alguna de las cuatro patologías más frecuentes en los Servicios de Rehabilitación (traumatismos o lesión, dolor en partes blandas y articulaciones, algias vertebrales, y deformidades).

4º) Tener capacidad intelectual y educativa suficiente para entender y contestar los cuestionarios.

5º) No presentar diagnóstico psiquiátrico por patología severa

### **Procedimiento**

Todos los pacientes que acuden por primera vez a los Servicios de Rehabilitación son evaluados mediante una entrevista clínica. En el caso de este estudio, si el paciente cumplía los criterios de inclusión, el médico le informaba del estudio que se está llevando a cabo y le pide su participación. En el caso de acceder, el médico recogía los datos clínicos y evaluaba el grado de incapacidad según la escala FIM. Seguidamente le informaba de forma detallada del tratamiento que seguiría en el Servicio de Rehabilitación. Este aspecto era de esencial importancia no sólo para que el paciente tenga una buena información de su terapia, sino también para la adecuada valoración de las expectativas de autoeficacia específicas y de resultado. Posteriormente, un

psicólogo recogía los datos sociodemográficos y procedía a la aplicación de todos los cuestionarios de percepción de control y estado de salud.

En el momento del alta o a los seis meses de la primera entrevista (si el alta no se había producido) el paciente volvía a ser entrevistado por el psicólogo y por el médico, donde se llevaba a cabo la evaluación post-tratamiento (Competencia percibida, cumplimiento, estado de salud y las dos escalas de Mejorías).

## **Resultados**

### *Análisis descriptivo*

Al finalizar el estudio, el 84% de los pacientes habían obtenido el alta médica.

Respecto al grado de observancia presentamos en el gráfico 1 la observancia de los tratamientos y en el gráfico 2 la observancia de las visitas prescritas. Podemos ver que la observancia en ambos casos ha sido bastante alta.

Respecto al *Estado de Salud percibido*, la tabla 1 recoge las puntuaciones medias obtenidas por los pacientes del cuestionario de salud percibida SF36 en el momento de la primera visita al servicio de rehabilitación (PRE) y al finalizar el tratamiento (POST). Como se observa, las puntuaciones medias tras el tratamiento (POST) son superiores a las puntuaciones antes del tratamiento (PRE). En la misma tabla se pueden observar los resultados de la diferencia de medias. Al realizar varias comparaciones, consideramos que la prueba Bonferroni es tan estricta que aumenta la probabilidad de cometer error tipo 2, se ha valorado como significativa la diferencia menor o igual que 0,01. Por tanto, en nuestra muestra, la diferencia de medias ha sido estadísticamente significativa en todas las

dimensiones excepto en “Salud General” y “Rol Emocional”.

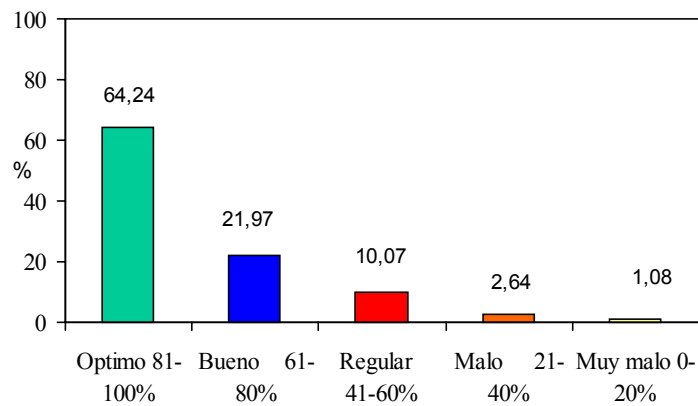


Figura 1. Distribución según la observancia con el tratamiento

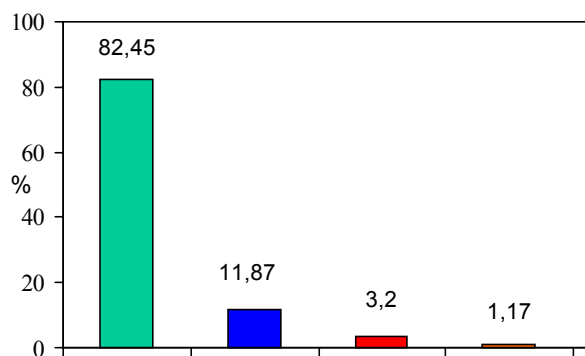


Figura 2. Distribución según la observancia con las visitas prescritas

*Análisis de correlaciones*

En la tabla 3 podemos observar los resultados del análisis de correlaciones entre las variables de percepción de control, la observancia y los resultados de la rehabilitación.

Las correlaciones con la observancia son negativas porque la escala de respuestas está en sentido inverso; es decir, 1 =

cumplimiento óptimo; 5 = cumplimiento pésimo. Asimismo, podemos observar que no hay correlaciones estadísticamente significativas con la autoeficacia percibida específica.

*Análisis de regresión*

Los análisis de regresión se han llevado a cabo introduciendo sólo aquellas variables

que en los análisis de correlaciones significativo, incluyendo las variables mostraron un nivel estadísticamente sociodemográficas.

Tabla 1. SF-36 pre y post tratamiento

	PRE	Media POST	t	Sig.
Función física	21.73	23.68	-5.86	0.00
Dolor	5.72	6.99	-6.69	0.00
Salud General	16.4	17.14	-2.85	0.05
Función Social	7.4	8.32	-5.97	0.00
Rol Emocional	4.97	5.28	-2.14	0.03
Salud Mental	19.36	20.79	-4.05	0.00
Rol físico	4.85	5.86	-8.01	0.00
Vitalidad	13.74	14.86	-3.24	0.00
Evolución declarada de salud	3.42	2.91	0.63	0.00

Tabla 2. Descriptivos escala FIM pre y post tratamiento

	Media	Desviación típica	Rango
FIM pre- tratamiento	120,51	8,26	88 - 126
FIM post- tratamiento	125,20	2.36	108 - 126

Tabla 3. Análisis de Correlaciones

	AE-P	AE-P-E	E-R	C-P
Observancia de las visitas	-0.005	-0.084	-0.187**	-0.033
Observancia del tratamiento	-0.039	-0.065	-0.166*	-0.076
Mejoría	0.124	-0.078	0.229**	0.332**
FIM	0.081	0.002	0.044	0.174*
SF36 Función física	0.198**	0.042	0.177*	0.383**
SF36 Dolor	0.142*	0.065	0.221**	0.329**
SF36 Salud General	0.392**	0.003	0.231**	0.613**
SF36 Función Social	0.300**	0.049	0.048	0.449**
SF36 Rol Emocional	0.332**	0.026	0.079	0.249**
SF36 Salud Mental	0.456**	0.063	0.221**	0.504**
SF36 Rol Físico	0.134	-0.010	0.109	0.316**
SF36 Vitalidad	0.488**	0.057	0.256**	0.500**
SF36 Evolución declarada de salud	-0.144*	-0.058	-0.019	-0.209**

\*\* p< 0,01; \* p< 0,05

AE-P= Autoeficacia Percibida; AE-P-E= Autoeficacia Percibida Específica; E-R= Expectativas de Resultados; C-P= Competencia Percibida



Para el análisis de regresión sobre la observancia hemos tenido en cuenta tanto las variables de percepción de control como el estado de salud percibido evaluado antes del tratamiento. Como podemos observar en la tabla 4, los resultados estadísticamente

significativo de las variables predictoras de la observancia del tratamiento han sido las expectativas de resultado y las predictoras de la observancia de las visitas han sido tanto la salud mental como las expectativas de resultado.

Tabla 4. Análisis de Regresión. Variable criterio: observancia del tratamiento

Criterio: observancia del tratamiento	R2	Cambio R2	F	Beta	Fc
Expectativas de resultados	0.027	0.027	5.528*	-0.166	5.528*
Criterio: observancia visitas					
Salud mental pretratamiento	0.021	0.021	4.078*	-0.118	4.078*
Expectativas de resultados	0.048	0.028	4.880*	-0.168	5.585*

Tabla 5. Análisis de Regresión. Variables criterio: Mejoría y FIM

Criterio: mejoría	R2	Cambio R2	F	Beta	Fc
Edad	0.052	0.052	10.778**	-0.127	10,778**
Observancia tratamiento	0.163	0.111	18,921***	-0.319	25,698***
Competencia pre	0.238	0.075	20,132***	-0.284	19,036***
Criterio: FIM post					
FIM PRE	0.138	0.138	29,909***	0.363	29,909***
Edad	0.170	0.032	19,078**	-0.12	7,247**
Competencia pre	0.224	0.054	17,809***	0.24	12,842***

Respecto a la mejoría tras el tratamiento, el análisis de regresión se llevó a cabo considerando como posibles predictores tanto las variables de percepción de control como las de observancia, todo ello una vez controladas las variables sociodemográficas. En la tabla 5 podemos observar, en primer lugar, que los predictores de la mejoría observada por los médicos fueron la edad, la competencia percibida pretratamiento y la observancia del tratamiento. Los predictores del FIM fueron FIM pretratamiento, la edad y la competencia percibida pretratamiento:

Finalmente, respecto al análisis predictivo del estado de salud hemos tenido

en cuenta tanto las variables de percepción de estado de salud previa al tratamiento, como las variables de percepción de control y cumplimiento, todo ello teniendo en cuenta la influencia de las variables sociodemográficas. Los resultados de estos análisis se recogen en la tabla 6. Lo más destacable es que el principal predictor del estado de salud percibido postratamiento es el estado de salud percibido pretratamiento. Asimismo, la competencia percibida en salud es variable predictora en 5 de las 9 dimensiones; las Expectativas de resultados explican parte de dimensiones de Dolor y Vitalidad; y La autoeficacia general es una

variable predictora en 4 dimensiones. La observancia del tratamiento junto con alguna variable de percepción de control son predictores en 6 de las 9 dimensiones del cuestionario.

Tabla 6 (a): Análisis de Regresión. Variable criterio: SF- 36 - dolor

Criterio: dolor	R2	Cambio R2	F	Beta	Fc
SF36 dolor pre	0.208	0.20	50,82***	0.396	50,826***
Género	0.238	0.03	30,06***	-0.165	7,576**
Edad	0.259	0.02	22,39***	-0.130	5,629*
Observancia tratamiento	0.313	0.53	21,70**	-0.233	14,808***
Expectativas de resultados	0.328	0.01	18,51***	0.125	4,243*

Tabla 6 (b): Análisis de Regresión. Variable criterio: SF- 36 - Función física

Criterio: función física	R2	Cambio R2	F	Beta	Fc
SF36 función física pre	0.405	0.405	128,007***	0.549	128,007***
Edad	0.447	0.042	75,458***	-0.104	14,034***
Género	0.464	0.017	53,565***	-0.107	5,857*
Nivel educativo	0.475	0.012	41,855***	0.071	4,073*
Observancia tratamiento	0.522	0.047	40,203***	-0.213	18,110***
Competence pre	0.553	0.031	37,717***	0.189	12,606***

Tabla 6 (c): Análisis de Regresión. Variable criterio: SF- 36 - Salud general

Criterio: salud general	R2	Cambio R2	F	Beta	Fc
SF36 salud general pre	0.496	0.496	181,882***	0.512	181,882***
Edad	0.519	0.023	99,157***	-0.136	8,781**
Competencia pre	0.548	0.03	74,096***	0.233	12,057**

Tabla 6 (d): Análisis de Regresión. Variable criterio: SF- 36 - Función Social

Criterio: función social	R2	Cambio R2	F	Beta	Fc
SF36 función social pre	0.356	0.356	105,419***	0.471	105,419***
Género	0.374	0.019	56,829***	-0.112	5,665*
Competencia pre	0.43	0.056	47,599***	0.253	18,607***
Observancia tratamiento	0.443	0.012	37,361**	-0.112	4,216*

Tabla 6 (e): Análisis de Regresión. Variable criterio: SF- 36 - Rol Emocional

Criterio: rol emocional	R2	Cambio R2	F	Beta	Fc
SF36 ROL emocional pre	0.090	0.090	18,768***	0.224	18,768***
Autoeficacia	0.177	0.087	20,300***	0.298	19,960***
Observancia tratamiento	0.218	0.041	17,434***	-0.202	9,809**

Tabla 6 (f): Análisis de Regresión. Variable criterio: SF- 36 - Salud Mental

Criterio: salud mental	R2	Cambio R2	F	Beta	Fc
SF36 salud mental pre	0.499	0.499	184,324***	0.557	184,324***
Nivel educativo	0.528	0.029	102798***	0.114	11,154**
Competencia pre	0.560	0.032	77,669***	0.158	13,473***
Autoeficacia	0.576	0.016	61.984***	0.149	6.970*
Observancia tratamiento	0.588	0.012	51,656***	-0.109	5,111*

Tabla 6 (g): Análisis de Regresión. Variable criterio: SF- 36 - Evolución declarada de salud

Criterio: evolución declarada de salud	R2	Cambio R2	F	Beta	Fc
SF36 evolución declarada de salud pre	0.107	0.107	24,068***	0.306	24,068***
Nivel educativo	0.126	0.018	14,325***	-0.137	4,197*

Tabla 6 (h): Análisis de Regresión. Variable criterio: SF- 36 - Vitalidad

Criterio: vitalidad	R2	Cambio R2	F	Beta	Fc
SF36 vitalidad	0.334	0.334	94,450***	0.388	94,450***
Edad	0.367	0.033	54.251***	-0.163	9.687**
Género	0.381	0.013	38.096***	-0.92	4.028*
Autoeficacia	0.446	0.066	37.292***	0.282	21.984***
Expectativas de resultados	0.470	0.023	32.584***	0.154	8.061**

Tabla 6 (i): Análisis de Regresión. Variable criterio: SF- 36 - Rol Físico

Criterio: rol físico	R2	Cambio R2	F	Beta	Fc
SF36 rol físico	0.128	0.128	28,092***	0.267	28,092***
Nivel educativo	0.175	0.046	20.099***	-0.154	10.681**
Observancia tratamiento	0.215	0.041	17.299***	-0.200	9.832**
Competencia pre	0.248	0.033	15.529***	0.193	8.233**

## Discusión y Conclusiones

En primer lugar y respecto a la observancia, nos parece interesante destacar que la observancia de los tratamientos en estos pacientes ha sido bastante alta, aspecto que contrasta con los habituales ya que por lo general, la observancia suele ser más baja (Meichembaum y Turk 1991; Demarbre 1994; Ferrer Pérez 1995). Estos resultados pueden haber sido debidos a la deseabilidad

social por parte de los pacientes que han participado en el estudio, o bien por el procedimiento seguido ya que los pacientes eran conscientes del seguimiento que se les realizaba puesto que así se lo había informado inicialmente el médico al acceder a participar en el estudio.

Asimismo, las creencias sobre las expectativas que los pacientes tienen sobre el tratamiento (expectativas de resultado)

han sido las únicas variables de percepción de control que se han relacionado con la observancia, mostrándose además como las principales predictoras de la conducta de observancia. Esto apoya la idea teórica acerca de que sólo en los casos donde los resultados sean inherentes a la conducta y donde el individuo acepte dicha inherencia se produce una relación entre las expectativas de autoeficacia y las de resultado. Es decir, en nuestro caso, los pacientes podían creerse o no capaces de cumplir con el tratamiento (expectativas de autoeficacia) sin embargo, interpretamos por los resultados que para cumplir con el tratamiento, es necesario creer que mediante dicho tratamiento prescrito se conseguirá una mejoría (expectativa de eficacia sobre el resultado). Esto además vuelve a resaltar la importancia de evaluar no sólo las expectativas de autoeficacia, sino también las de resultado.

En segundo lugar, dentro de los resultados de la rehabilitación tanto la Competencia Percibida en Salud como las Expectativas de Resultado han mostrado su relación con la Mejoría en los distintos ámbitos clínicos evaluados por el médico (balance articular y muscular, signos neurológicos y ortopédicos, síntomas, dolor, actividades de la vida diaria y repercusión en la actividad principal del paciente). Aunque en el caso de la Mejoría evaluada con la Escala de Independencia Funcional, sólo la Competencia Percibida en Salud, mostró su relación además de predecirla.

En el caso del Estado de Salud, tanto la Percepción General de Autoeficacia (excepto respecto al Rol Físico) como la Competencia Percibida en Salud como han mostrado relaciones significativas, aunque en el caso de esta última variable las puntuaciones han sido más altas respecto a la otra. Esto último puede explicarse por el nivel de especificidad, esto es, mientras que

la escala de Autoeficacia General hace referencia a la creencia sobre la capacidad para manejar diferentes situaciones estresantes, la escala de Competencia Percibida se circunscribe exclusivamente a las situaciones relacionadas con la salud. Asimismo y en relación a la dimensión de dolor del SF-36, después del “dolor pretratamiento” y la observancia, las expectativas de resultado han sido predictoras de esta dimensión. Sobre la base de este resultado, consideramos que sería interesante tener en cuenta para próximos estudios en los que el dolor sea tenido en cuenta como un aspecto más específico dentro de los resultados globales de salud. Por último, en relación a los resultados acerca del estado de salud evaluados por los pacientes, hemos observado que su valoración es un buen predictor de los resultados de rehabilitación. Es por ello por lo que consideramos que es un buen indicador a utilizar para la evaluación de los tratamientos en el ámbito clínico.

A modo de resumen, podemos destacar que se hemos observados diferentes niveles en la percepción de control en la predicción de la observancia y los resultados de los tratamientos. Por un lado, las Expectativas de Resultado son las únicas variables de percepción de control que han mostrado su relación con las variables de observancia; y por otro lado, la Competencia Percibida en Salud ha mostrado las relaciones más altas en las distintas variables de resultados de la rehabilitación respecto de las variable de percepción de control evaluadas en nuestro estudio. Sin embargo, y en contra de todas las hipótesis, las Expectativas de Autoeficacia Específica no han mostrado su relación ni con las variables de observancia, ni con las de mejoría y estado de salud. Este hecho puede hacernos pensar que haya existido algún problema en el procedimiento de administración de la escala. Los

pacientes, debido al momento en que se realizaba el primer pase de cuestionarios donde se incluía esta escala, tuviesen más presente la deseabilidad de participar en el programa (y por eso respondían que se veían más capaces de realizar las técnicas prescritas) que su verdadera creencia para realizar dichas técnicas.

Nos gustaría acabar señalando algunas de las posibles limitaciones de este estudio. En primer lugar el posible que se de un sesgo producido por la participación voluntaria, ya que no todos los sujetos a quienes se pide su colaboración participan. Es por ello que, a pesar de que se realizó un muestreo aleatorio simple para el cálculo del tamaño de la muestra, puede que se de una mayor representatividad de los sujetos con unas creencias favorables a la participación de los profesionales de la psicología en el tratamiento de su enfermedad.

La segunda limitación importante de este tipo de estudios es que no permite establecer relaciones causales y que la generalización de las conclusiones se halla limitada debido a que se ha trabajado únicamente con cuatro patologías características de los Servicios de

Rehabilitación de nuestra provincia, por lo que podría resultar inadecuado la generalización al conjunto de procesos que se dan en dichos Servicios así como a otras poblaciones de otras comunidades. Creemos sin embargo importante destacar que los resultados procedentes de la evaluación de los aspectos físicos y psicológicos tanto por parte de los pacientes como de los profesionales de la salud pueden servir como una información útil para planificar futuros planteamientos en el abordaje de esta actividad clínica.

#### Agradecimientos

Queremos agradecer la colaboración e inestimable ayuda prestada por el personal de los Servicios de Rehabilitación de los hospitales de Alicante, Elche, Elda y San Juan, para la realización de esta investigación.

Este trabajo ha sido posible gracias a la ayuda concedida por La Generalitat Valenciana (referencia: GV-B-ES-17-020-96).

## Referencias bibliográficas

- Alonso, J., Prieto, L. y Antó, J.M. (1995). La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos. *Medicina Clínica*, 104: 771-776.
- Badía, X., Salamero, M., Alonso, J. y Ollé A. (1996). *La medida de la Salud. Guía de escalas de medición en español*. Barcelona: Promociones y Publicaciones Universitarias, S.A.
- Baessler, J. y Schwarzer, R. (1996). Evaluación de la Autoeficacia: Adaptación española de la escala de Autoeficacia General. *Ansiedad y Estrés*, 2(1): 1-8.
- Bandura, A. (1977). *Social learning Theory*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1987). *Pensamiento y acción. Fundamentos sociales*. Cap.9. Barcelona: Martínez Roca.
- Bandura, A. (Eds) (1997). *Self-efficacy. The Exercise of Control*. NY: Freeman and Company.
- Beaton, D.E., Bombardier, C. y Hogg-Johnson, S.A. (1996). Measuring health in injured workers: a cross-sectional comparison of five generic health status instruments in workers with musculoskeletal injuries. *American Journal of Industrial Medicine*, 29 (6): 618-631.
- Beaton, D.E., Hogg-Johnson, S. y Bombardier, C. (1997). Evaluating changes in health status: reliability and responsiveness of five generic health status measures in workers with musculoskeletal disorders. *Journal of Clinical Epidemiology*, 50 (1): 79-93.

- Chubon, Robert A. (1994). *Social and Psychological Foundations of rehabilitation*. Illinois: Charles C. Thomas Publisher.
- Demarbre, V. (1994). Adherencia terapéutica: una asignatura pendiente en el campo de la Psicología de la Salud. *Anuario de Psicología*, nº 61: 71-77.
- Ekberg, K. y Wildhagen, L. (1996). Long-term sickness absence due to musculoskeletal disorders: the necessary intervention of work conditions. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*. 28(1): 39-47.
- Ferrer Pérez, V.A. (1995). "Adherencia a" o "cumplimiento de" prescripciones terapéuticas y Salud. *Revista de Psicología de la Salud*, 7, (1): 35-61.
- Ferguson, E., Dodds, A., Flannigan, L.N. Perceived Control: Distinct but Related Levels of Analysis? (1994). *Personal Individual Differences*, 16 (3): 425-432.
- Granger, C. V., Kenneth, J., Ottenbacher, J.G., Baker, J.G. y Sehgal, A. (1995). Reliability of a brief outpatient functional outcome assessment measure. *American Journal of Physical Medicine and Rehabilitation*, 74: 469 - 475.
- Haynes, R.B. (1979). Strategies to improve compliance with referrals, appointments, and prescribed medical regimens. En R.B. Haynes, D.W. Taylor y D.L. Sackett (Eds), *Compliance with health care*. Baltimore: J. Hopkins University Press.
- Jenkinson, C, Layte R., Coulter, A. y Wright, L. (1996). Evidence for the sensitivity of the SF - 36 health status measure to inequalities in health: results from the Oxford healthy lifestyles survey. *Journal of epidemiology and Community Health*, 50: 377-380.
- Jerusalem, M. y Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy as a resource factor in stress appraisal processes. En R. Schwarzer (Ed). *Self - efficacy: Thought Control of Action*. Wasingthon, DC. Hemisphere.
- Kiebzak, G.M., Vain, P. A., Gregory, A. M., Mokris, M.D. y Mauerhan, D.R. (1997). SF -36 General Health Status Survey to determine patient satisfaction at Short-term follow up after total hip and knee Arthroplasty. *Journal of the Southern Orthopaedic Association*, vol 6, nº3: 169-172.
- McFarlane, A.C. y Brooks, P.M. (1997). The assessment of disability and handicap in musculoskeletal disease. *Journal of Rheumatology*, 24(5): 985-989.
- Meichembaum, D. y Turk, D.C. (1987). *Facilitating treatment adherence: A practitioner's guidebook*. New York: Plenum Press.
- Pastor M.A., Martín-Aragón M., Rodríguez-Marín J., Terol M.C., López-Roig S. y Sánchez S. "Spanish Adaptation of the Perceived Health Competence Scale: Preliminary Data". Poster presentado en la 11th Conference of the European Health Psychology Society. Francia, 1997.
- Reich, Erdal y Zautra, (1997). Beliefs about control and health behavior. En D. S. Gochman (ED). *Handbook of health behaviour research*. Plenum Press, NY, cap 5.
- Rodríguez, L.P. (1995). Medida de la Independencia Funcional (M.I.F.). Guía para la utilización del sistema de datos uniformes para medicina física y rehabilitación. Departamento de Medicina Física y de Rehabilitación. Facultad de Medicina. Universidad Complutense de Madrid. Copyright: Research Foundation State University of New York (1991).
- Rodríguez-Marín, J. (1993). Calidad de vida en enfermos crónicos: definición y evaluación. En Pelechano, V. (comp.) *Psicología, Mitopsicología y Postpsicología*. Valencia: Promolibro, colección Alfapplus.
- Rothwell, P.M., McDowell, Z., Wong, C.K. y Dorman, P.J. (1997). Doctors and patients don't agree: cross sectional study of patients' and doctors' perceptions and assessments of disability in multiple sclerosis. *British Medical Journal*, 314: 1580-1583.
- Schwarzer, R. (1992). Self - Efficacy in the adoption and maintenance of health behaviors: Theoretical approaches and a new model. En R. Schwarzer (Ed). *Self-Efficacy: Thought Control of Action*. Washington, DC:Hemisphere.
- Schwarzer, R. y Fuchs, R. (1995). Self-efficacy and health behaviours. En *Predicting Health Behaviour. Research and Practice with Social Cognition Models*.
- Skinner, E. A. (1992). Perceived Control: Motivation, Coping and Development. En Ralf Schwarzer: *Self-Efficacy. Thought Control of Action*. Washington, DC:Hemisphere.
- Skinner, E.A. (1996): A Guide to Constructs of Control. *Journal of Personal and Social Psychology*, 71(3): 549-70.
- Smith, M.S. Wallston, K.A. Smith, C.A. (1995). The Development and Validation of the Perceived Health Competence Scale. *Health Education Research*, 1995, 10 (1): 51-64.
- Spilker, B. (1990). *Quality of Life Assessments in Clinical Trials*. New York: Raven Press, Ltd.
- Thompson, S.C., Spacapan, S., (1991). Perceptions of control in vulnerable populations. *Journal of Social Issues*, 47(4): 1-21.
- Turk, D.C. y Rudy, T.E. (1991). Neglected topics in the treatment of chronic pain patients - relapse, noncompliance and ad-

- herence enhancement. *Pain*, 44:5-28.
- Vickrey, B.G., Hays, R.D., Genovese, B.J., Myers, L.W. y Ellison, G.W. (1997). Comparison of a generic to disease-targeted health-related quality-of-life measures for multiple sclerosis. *Journal of Clinical Epidemiology*, 50(5): 557-569.
- Villamarín Cid, F. (1990). Auto-eficacia y conductas relacionadas con la salud. *Revista de Psicología de la salud*, vol 2, nº 1 y 2: 45-64.
- Villamarín Cid, F. (1990). Las expectativas como variables predictoras en los procesos de adaptación. Comunicaciones al II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos. Área 5': *Psicología y Salud: Psicología de la Salud*, pp. 71-75.
- Villamarín Cid, F. (1994). Autoeficacia: investigaciones en Psicología de la Salud. *Anuario de Psicología*, 61: 9-17.
- Wallston, K.A. (1989). Assessment of control in health-care settings. En Andrew Steptoe y ad Appels (Eds): *Stress, personal control and health*. John Wiley & Sons.
- 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., Wallston, B.S., Smith, M.S. y Dobbins, C.J. (1987). Perceived control and health. *Current Psychology Research and Reviews*, (6): 5-25.
- Ware, J. E. y Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36 - ítem short form health survey (SF-36). *Medical Care*, 30: 473-483.