



ANÁLISIS COMPARATIVO DE LA COMPETENCIA PERCIBIDA GENERAL Y LA ESPECÍFICA DE SALUD

B. Rueda y A.M. Pérez-García

Universidad Nacional de Educación a Distancia

2004, 10(1), 127-139

Resumen: Dos estrategias empíricas fueron empleadas para estudiar la Competencia Percibida (CP) y la Competencia Percibida en Salud (CPS): (a) su ubicación dentro del marco de los Cinco Grandes Factores; y (b) la comparación de su utilidad predictiva en relación con diferentes criterios (estilos de afrontamiento, síntomas informados y conductas de salud). Ciento setenta y tres sujetos participaron en este estudio. Los resultados mostraron que la Estabilidad Emocional precedía la CP y la CPS, mientras que la Energía se asociaba sólo con la CP. Por otro lado, el afrontamiento centrado en la tarea se asociaba en mayor medida con la CP que con la CPS. Sin embargo, esta expectativa contribuyó más notablemente a la predicción del afrontamiento emocional, los síntomas informados y las conductas de salud. Estos resultados enfatizan las similitudes entre la CP y la CPS, así como su validez divergente en la predicción de consecuencias vinculadas con la salud

Palabras Clave: Competencia Percibida, Competencia Percibida en Salud, Cinco Factores, Validez predictiva, Afrontamiento, Bienestar

Abstract: Two empirical strategies were used to study Perceived Competence (PC) and Perceived Health Competence (PHC): (a) locating them into the Big Five Factor frame of reference, and (b) comparing their predictive utility in relation to different criteria (coping styles, symptoms and health behaviours). One hundred and seventy three subjects participated in the study. Results showed that Emotional Stability predicted both PC and PHC, whereas Energy was only associated to PC. On the other hand, task-focused coping was better predicted by PC than by PHC. Nevertheless, this expectancy made a stronger contribution in the variability of emotion-focused coping, symptoms and health behaviours. These findings emphasize the similarities between PC and PHC, as well as their divergent validity when predicted either action or health-related outcomes.

Key words: Perceived Competence, Perceived Health Competence, Five Factors, Predictive validity, Coping, Well-being

Title: *Comparative analyses of Perceived Competence and Perceived Health Competence*

Introducción

La teoría e investigación generadas en torno a la percepción de control se ha caracterizado, desde el inicio, por su estrecha vinculación con el ámbito de la salud. Un amplio volumen de estudios ha puesto de relieve que la percepción de control, es decir, la estimación de poder influir sobre el entorno para alcanzar los resultados deseados, constituye un importante recurso que

favorece el ajuste personal y la protección frente al estrés (Peterson y Stunkard, 1989; Strickland, 1978; Walker, 2001; Wallston, Wallston, Smith y Dobbins, 1987).

Dentro de la literatura existente en torno a la relación entre la percepción de control y las conductas de salud, un constructo que en las últimas décadas ha recibido una gran atención ha sido la Competencia Percibida (CP; Wallston, 1992, 2001). La CP hace referencia a la percepción de que se es capaz de interactuar con el entorno de forma efectiva. Basándose en las teorías de Rotter (1954, 1966) y Bandura (1977, 1982), y teniendo en cuenta la moderada validez predictiva que ha demostrado tener

* Dirigir la correspondencia a: Dra. B. Rueda, Facultad de Psicología, Departamento de Psicología de la Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos, C / Juan del Rosal, 10 - 28040 Madrid (España)
E-mail a: brueda@psi.uned.es

© Copyright 2004: de los Editores de *Ansiedad y Estrés*
Artículo recibido: 9-4-03; Aceptado: 30-10-03.

el locus de control para la salud (Wallston y Wallston, 1978), Wallston ha propuesto la CP como una creencia generalizada que combina una expectativa de autoeficacia con otra de resultados, con la finalidad de aumentar así su capacidad predictiva. Dado su nivel de generalización, la CP resulta especialmente adecuada para predecir criterios globales de conducta (Njus y Brockway, 1999; Wallston, 1992).

El constructo de CP, a pesar de tratarse de una expectativa generalizada aplicable a muy diversos contextos se ha estudiado, sin embargo, fundamentalmente en el ámbito de la salud. Este hecho llevó a sus autores a contextualizar en mayor medida esta expectativa, definiendo la Competencia Percibida en Salud (CPS; Smith, Wallston y Smith, 1995). La CPS se refiere a la estimación personal sobre la capacidad y los recursos que se poseen para solventar los problemas relativos a este contexto concreto. Puesto que la CPS representa una expectativa de nivel intermedio, menos generalizada que la anterior, su nivel de predicción se adecua mejor a conductas más específicas del dominio de la salud.

Una nota característica de la investigación generada en torno a las relaciones entre personalidad y salud, y que afecta de manera importante a la percepción de control, es la amplia variedad de constructos existentes, lo cual puede conducir a la obtención de resultados redundantes, confusos y difícilmente comparables (Marshall, Wortman, Vickers et al., 1994; Skinner, 1996). Para superar esta deficiencia existe un cierto acuerdo sobre la necesidad de recurrir a un marco unificado de la personalidad, que permita validar la convergencia de los diferentes constructos referidos a la salud, además de promover una mayor comprensión tanto de la personalidad como de la salud (Booth-Kewley y Vickers, 1994; Marshall et al., 1994).

En esta línea, un modelo que ha recibido la atención de diversos teóricos del ámbito de la personalidad y la salud (Auerbach y Pegg, 2002; Bermúdez, 1999), es el modelo de los Cinco Factores (Costa y McCrae, 1992). Este paradigma proporciona una descripción comprehensiva de la personalidad, y una base para la exploración y ordenación de las conexiones entre las dimensiones estructurales de la personalidad y otros fenómenos, procesos y variables de nivel medio (McCrae y John, 1992). Asimismo, la estructura de la personalidad que sostiene este modelo, y que se organiza en torno a cinco grandes rasgos (Extraversión, Responsabilidad, Estabilidad Emocional, Afabilidad y Apertura Mental), es bastante robusta, habiendo sido replicada en diferentes muestras y culturas, y con distintos instrumentos de evaluación (McCrae y Costa, 1987, 1997).

Teniendo en cuenta los aspectos señalados, el empleo del modelo de los Cinco Factores puede resultar conveniente para enmarcar y describir la estructura de la competencia percibida, general y específica de la salud, y saber hasta qué punto ambas creencias son redundantes, o mantienen una cierta independencia conceptual o predictiva.

La evidencia empírica generada en torno a este punto ha indicado que constructos relativamente próximos a la CP, como la creencia de internalidad o la expectativa generalizada de autoeficacia, correlacionan positivamente con los rasgos de Extraversión, Responsabilidad y Estabilidad Emocional (Bermúdez, 1999; DeNeve y Cooper, 1998; Judge, Erez, Bono y Thoresen, 2002). Con respecto a la CPS, el trabajo de Marks y Lutgendorf (1999) mostró que esta creencia se asociaba positivamente con Responsabilidad, y negativamente con Neuroticismo.

Por otra parte, puesto que la CP y la CPS presentan un grado de generalización

distinto, a la hora de comparar y determinar su validez divergente, una estrategia apropiada consiste en analizar su relación con criterios cuyo nivel de implicación con el dominio de la salud sea diferente, como el estilo de afrontamiento, de carácter general, y los síntomas informados o las conductas de salud practicadas, más estrechamente vinculados al ámbito analizado en este estudio.

El tipo de afrontamiento puesto en marcha ante las diversas situaciones de estrés constituye un proceso en el que las creencias de control parecen desempeñar un papel relevante (Folkman, 1984; Terry, 1991). Por otra parte, una perspectiva desde la que se puede analizar las diferencias individuales y el afrontamiento, consiste en contemplar esta variable como una tendencia a responder de manera consistente ante estresores de diferente índole (Parker y Endler, 1996). Bajo este punto de vista, se ha sugerido que las variables de personalidad más generales tendrán un mayor peso en la predicción del afrontamiento cuando éste se presente en términos disposicionales, o dicho en otras palabras, como estilo relativamente consistente de actuación ante las diversas situaciones (Suls, David y Harvey, 1996).

Si se ponen en relación estos aspectos con las creencias de competencia, cabría pensar que la CP, al ser una característica de personalidad más estable y generalizada, se relacionará en mayor medida con los estilos de afrontamiento que la CPS. Ésta última podría tener un mayor peso predictivo si la consideración del afrontamiento fuera más procesual, más vinculada o determinada por las características de la situación o problema ante el que la persona deba poner en marcha acciones de recuperación de su equilibrio inicial.

Por otra parte, en el dominio específico de la salud, la percepción o informe de síntomas constituye un criterio que permite

contrastar si el hecho de sentirse competente en el manejo de los diferentes asuntos, puede prevenir los efectos negativos del estrés y evitar, a más largo plazo, la aparición de la enfermedad (Lazarus y Folkman, 1987; Smith et al., 1995).

Si bien algunas investigaciones han corroborado las consecuencias positivas de la CP en la protección del estrés (Fernández-Castro, Álvarez, Blasco et al., 1998; Fernández-Castro, 1999), otros estudios no han apoyado de forma tan clara estos resultados (ver Blasco, Fernández Castro, Doval et al., 1999, para una revisión).

En cuanto a la CPS se ha constatado, empleando muestras de enfermos crónicos, que aquellos enfermos que se veían más capaces de controlar su salud, contaban con un mejor estado de ánimo (Pastor, López-Roig, Rodríguez-Marín et al., 1999; Smith et al., 1995), y sufrían un menor impacto a raíz de la enfermedad (Bonetti, Johnston, Rodríguez-Marín et al., 2001; Martín-Aragón, Pastor, Lledó et al., 2001).

A pesar de que esta evidencia no permite extraer conclusiones firmes, es presumible que, dado que los síntomas constituyen un criterio estrechamente vinculado con el estado de la salud y el bienestar percibido, podría en este caso ser la CPS la que presentara una capacidad predictiva más alta.

Finalmente, el mantenimiento de un estilo de vida saludable constituye otra variable estrechamente asociada a la esfera de la competencia y la salud (Wallston, 1992), que puede facilitar la comparación entre la competencia percibida general y la específica de salud. Algunos trabajos han puesto de manifiesto las consecuencias positivas que tienen la CP (Pender, Walker, Sechrist y Frank-Stromborg, 1990) y la CPS sobre la práctica de conductas saludables o preventivas de la enfermedad (Smith et al., 1995). Sin embargo, hasta el momento no se ha encontrado ninguna investigación que examine el efecto diferencial que pue-

den tener estas dos creencias en el mantenimiento de estos hábitos de vida saludables.

Teniendo en cuenta todos estos aspectos, los objetivos que se han pretendido con este trabajo han sido los siguientes: En primer lugar, ubicar los constructos de la CP y la CPS dentro del paradigma de los Cinco Factores, con el fin de hacer más generalizables y comparables sus predicciones con otros conceptos, tanto de nivel medio, como el locus de control o la autoeficacia generalizada, cuanto con predicciones generales derivadas de los rasgos o dimensiones de primer orden. Y, en segundo lugar, analizar la validez predictiva de estas dos expectativas relacionándolas con los estilos de afrontamiento, los síntomas y las conductas de salud, variables éstas cuyo grado de vinculación con el ámbito de la salud es de distinto nivel.

Método

Sujetos

La muestra elegida estuvo compuesta por estudiantes de los primeros cursos de Psicología en la UNED. En la primera fase completaron las pruebas 173 participantes, siendo su edad media de 33 años ($dt = 11$). El rango de edad estuvo comprendido entre los 17 y los 67 años.

En la segunda etapa finalizaron la batería de pruebas 110 participantes, siendo también la media de edad de 33 años ($dt = 11,58$), situándose el rango entre los 18 y los 67 años.

Variables e Instrumentos

Escala de Competencia Percibida (ECP; Smith, Dobbins y Wallston, 1991; adaptación española realizada por Fernández-Castro et al., 1998). Este instrumento mide la expectativa de competencia. Se compone de 8 ítems, 4 de los cuales se puntúan de

forma inversa. Una puntuación alta en la escala indica un nivel alto de competencia percibida. El formato de respuesta es tipo Likert, con cinco alternativas que comprenden desde “Nada” (1) hasta “Mucho” (5). El coeficiente α de Cronbach en el presente estudio fue de .80.

Escala de Competencia Percibida en Salud (ECPS; Smith et al., 1995, traducción española de Rueda, 2003): Esta escala tipo Likert consta de 8 ítems que evalúan la creencia de competencia en salud. El formato de respuesta abarca cinco alternativas (desde 1 = Nada, hasta 5 = Mucho), reflejando una puntuación elevada en la escala una alta expectativa de competencia en salud. La escala de CPS utilizada en este estudio, aunque está pendiente de validación, presentó un coeficiente de fiabilidad de .86. Este coeficiente, además, no se vio aumentado con la eliminación de ninguno de los ítems. Los coeficientes de correlación de los ítems con el total oscilaron entre .53 y .63.

Cuestionario de los Cinco Factores (BFQ; Caprara, Barbaranelli y Borgogni, 1995; adaptación española realizada por Bermúdez, 1995): Este instrumento mide las cinco dimensiones básicas de personalidad. Se compone de 132 enunciados, cuya verdad o falsedad debe evaluar la persona de acuerdo con su manera de pensar y sentir. El formato de respuesta es tipo Likert con cinco puntos (donde 1= completamente verdadero y 5= completamente falso). El BFQ consta de cinco escalas (de 24 ítems cada una) referidas a los rasgos de Energía (equivalente a la dimensión de Extraversión), Afabilidad, Tesón o Responsabilidad, Estabilidad Emocional y Apertura Mental. Los 12 ítems restantes constituyen la escala de deseabilidad social.

Cuestionario de Afrontamiento de Estrés (CISS; Endler y Parker, 1994): El CISS alude a los diferentes estilos de afrontamiento que inicia la persona ante

cualquier circunstancia de estrés. Se compone de 48 ítems distribuidos en tres subescalas (tarea, emoción y evitación). El formato de respuesta del cuestionario es tipo Likert con cinco puntos (desde “Nada” hasta “Mucho”), indicando una alta puntuación mayor frecuencia en el uso de cada tipo de afrontamiento.

En nuestro trabajo sólo se consideraron las dimensiones referidas al afrontamiento centrado en la tarea o instrumental y al centrado en la emoción, ya que estas categorías han sido consideradas de forma bastante unánime como las dos funciones básicas del afrontamiento (Billing y Moos, 1984; Lazarus y Folkman, 1984; Tobin, Reynolds y Wigal, 1989). Asimismo la versión del CISS empleada en esta investigación fue la traducción llevada a cabo por Sánchez-Elvira (1997), supervisada y aprobada por los propios autores del cuestionario.

Los coeficientes de fiabilidad obtenidos en la muestra elegida fueron de .87 para el afrontamiento instrumental, y de .90 para el emocional.

Escala de Síntomas Autoinformados (Bermúdez, Sánchez-Elvira, Pérez-García y Oíz, 1990): Esta escala consta de 47 ítems que hacen referencia a síntomas de distinta naturaleza (emocional, cardiovascular, gastrointestinal, inmunológica, muscular y relativa al sueño). El recuento de síntomas se hizo asignando la puntuación de 1 cuando la persona informaba que padecía dicho síntoma, y de 0 en caso de que no lo tuviera, significando así una puntuación alta en la escala, una mayor presencia de síntomas. Para obtener un indicador global de malestar físico y psicológico se sumaron las puntuaciones otorgadas a los 47 ítems. La consistencia interna de la escala en este estudio fue de .83.

Conductas de Salud: A partir de un listado de 24 ítems referidos a distintos hábitos de salud (“cuidar el peso”, “hacer ejercicio”, “usar el cinturón de seguridad”,

etc.), el participante debía indicar con qué frecuencia, en escalas de cinco puntos (desde “Nunca” hasta “Siempre”) los llevaba a cabo. Una puntuación alta en la escala reflejaba una alta frecuencia en comportamientos saludables. Sumando las puntuaciones dadas a los 24 ítems se halló una puntuación global en conductas de prevención, cuyo coeficiente de fiabilidad fue de .81.

Procedimiento

En la primera etapa del estudio se midieron, entre otras variables que no son objeto de este trabajo, la CP, los Cinco Factores, el afrontamiento y los síntomas. La administración del cuadernillo se hizo en grupo, instruyendo a los participantes a que lo rellenaran en casa y lo devolvieran por correo. De los 330 cuestionarios entregados, se recibieron ciento setenta y tres (52%).

Al cabo de dos meses se envió por correo otra serie de cuestionarios, entre los que se encontraban la escala de CPS y la relativa a las conductas de salud. Las escalas dirigidas a medir la CP y la CPS se aplicaron en fases distintas para evitar que la similitud de los ítems (igual contenido, pero en el caso de la CPS aplicado a la salud) pudiera sesgar las respuestas de los sujetos.

De los 133 sujetos que habían manifestado su intención de continuar en la investigación, 110 (83%) completaron y devolvieron el segundo cuadernillo.

Resultados

Los resultados del análisis descriptivo (ver Tabla 1) indicaron que las puntuaciones medias más altas se obtuvieron en los rasgos de Afabilidad, Tesón y Apertura Mental, así como en las expectativas de competencia, el afrontamiento centrado en la tarea y las conductas de salud. La puntuación

media obtenida en el índice de malestar fue notablemente más baja.

Tabla 1. Estadísticos descriptivos de todas las variables incluidas en el estudio

	N	Rango	Media	D. Típica
COMPETENCIA PERCIBIDA	173	13-38	29,20	4,15
COMPETENCIA P. SALUD	110	20-40	31,16	4,15
ENERGÍA	173	53-109	74,99	10,85
AFABILIDAD	173	62-116	86,53	9,21
TESÓN	173	61-111	83,94	10,62
ESTABILIDAD EMOCIONAL	173	33-99	67,38	13,22
APERTURA MENTAL	173	65-108	87,91	9,17
AFRONTAMIENTO TAREA	173	15-40	31,17	4,42
AFRONTAMIENTO EMOCIONAL	173	12-35	22,40	5,29
SÍNTOMAS	173	0-29	5,51	4,91
CONDUCTAS DE SALUD	110	56-108	85,19	11,82

En la tabla 2 se recogen las correlaciones de la CP y la CPS con los rasgos de personalidad. La CP mostró una relación significativa de signo positivo con casi todas las dimensiones, salvo el Tesón. La

CPS, por su parte, correlacionó positivamente con las características de Afabilidad, Estabilidad Emocional y Apertura Mental, no siendo esta asociación significativa en el caso de la Energía y el Tesón.

Tabla 2. Correlaciones de la CP y la CPS con los Cinco Factores, los estilos de afrontamiento, los síntomas y las conductas de salud

	CP	CPS
ENERGÍA	.44***	n.s.
AFABILIDAD	.25**	.21*
TESÓN	n.s.	n.s.
ESTABILIDAD EMOCIONAL	.40***	.36***
APERTURA MENTAL	.36***	.28**
AFRONTAMIENTO TAREA	.49***	.43***
AFRONTAMIENTO EMOCIÓN	-.48***	-.54***
SÍNTOMAS	-.39***	-.50***
CONDUCTAS DE SALUD	.36***	.39***

***p<.001 ** p<.01 * p<.05

Para poder determinar con mayor precisión los rasgos que predecían tanto la CP como la CPS se efectuaron distintos análisis de regresión. En estos análisis las variables predictoras fueron introducidas en bloque para evaluar su peso específico de forma independiente.

Como puede apreciarse en la tabla 3, los rasgos que predijeron positiva y significativamente la CP fueron la Energía y la Estabilidad Emocional. En el caso de la CPS solamente la Estabilidad Emocional mostró un peso positivo y significativo.

Tabla 3: Regresión de los Cinco Factores sobre la CP y la CPS

CRITERIOS	PREDICTORES	β	R^2	F
CP	ENERGÍA	.38***	.36	$F_{(5,172)} = 19,06^{***}$
	ESTAB. EMOC.	.34***		
CPS	ESTAB. EMOC.	.31**	.19	$F_{(5,109)} = 4,84^{**}$

*** $p < .001$ ** $p < .01$

Tabla 4: Análisis factorial de las dos escalas de competencia percibida: general (CP) y aplicada a la salud (CPS).

	Factor	
	I	II
COMPETENCIA PERCIBIDA EN SALUD (CPS)		
1. Con respecto a la salud, me suelo manejar bien	.61	.34
2. No importa lo que me esfuerce, mi estado de salud no marcha como yo quisiera	.74	.16
3. Me resulta difícil solucionar los problemas de salud que me van surgiendo	.80	.00
4. Tengo éxito en las acciones que emprendo con el fin de mantener o mejorar mi salud	.49	.40
5. En general soy capaz de conseguir mejorar aquello que me propongo en relación con mi estado de salud	.50	.43
6. Cuando intento cambiar algún aspecto referido a mi salud que no me gusta, no lo consigo	.67	.22
7. Normalmente, los planes que hago relacionados con mi salud, no salen bien	.73	.16
8. En el tema de la salud, soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás	.71	.18
COMPETENCIA PERCIBIDA (CP)		
1. Tengo éxito en los proyectos que emprendo	.00	.82
2. Normalmente las cosas no salen como las he planeado	.24	.51
3. Me resulta difícil solucionar mis problemas	.36	.38
4. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como los demás	.14	.56
5. Me desenvuelvo bien en cualquier situación	.23	.58
6. Cuando intento cambiar lo que me desagrada, no lo consigo	.34	.50
7. No importa lo que me esfuerce, las cosas no me van como yo quisiera	.26	.57
8. En general soy capaz de conseguir lo que me propongo	.00	.87

Con el fin de examinar el grado de solapamiento de la CP y la CPS, además de analizar su convergencia con los Cinco Factores, se halló el coeficiente de intercorrelación entre las dos expectativas y se llevó a cabo un análisis factorial de componentes principales.

La interrelación entre la CP y la CPS fue positiva y moderadamente alta ($r = .59$, $p < .001$), poniendo de manifiesto que las dos expectativas compartían un 35% de la varianza.

Por otra parte, el primer análisis factorial exploratorio reflejó una solución de

cuatro factores, estando los dos últimos formados cada uno por un ítem. Por este motivo, se repitió el análisis bajo el supuesto de dos factores. La estructura factorial que se obtuvo explicó un 47,61% de la varianza (ver Tabla 4). En el primer factor saturaron todos los ítems de la escala de CPS por encima de .49, aunque dos de los ítems también mostraron un peso superior a .40 en el segundo factor. Este primer factor dio cuenta de un 24,82% de la varianza. Siete de los ocho ítems de la escala de CP saturaron por encima de .50 en el segundo factor, explicando un 22,78% de la varianza. Uno de los ítems, el número 3 (“me re-

sulta difícil solucionar mis problemas”), presentó un peso muy similar en ambos factores (.36 en el primero y .38 en el segundo).

Validez predictiva de la CP y la CPS

Tanto la CP como la CPS correlacionaron significativamente con todos los criterios analizados. Estas correlaciones fueron positivas con el afrontamiento centrado en la tarea y las conductas de salud, y negativas

con el afrontamiento emocional y los síntomas (ver tabla 2).

Con respecto a los datos obtenidos en los diferentes análisis de regresión (ver tabla 5), si se observan las correlaciones semiparciales, puede deducirse, elevando al cuadrado su valor, que la CP explicó un porcentaje de varianza del afrontamiento centrado en la tarea (10%) superior al de la CPS (3%). La variabilidad del afrontamiento emocional fue explicada de forma más igualada por las dos expectativas (7% por la CP, y un 8% por la CPS).

Tabla 5. Regresión de la CP y la CPS sobre los estilos de afrontamiento.

CRITERIOS	PREDICTORES	β	R ²	F _(2,109)	ry _(1,2)
AFRONTAM. TAREA	COMPET. PERCIBIDA	.39***			.31
	COMPET. PERC. SALUD	.20*	.28	21,29***	.16
AFRONTAM. EMOCIONAL	COMPET. PERCIBIDA	-.33**			-.27
	COMPET. PERC. SALUD	-.35***	.37	31,42***	-.28

***p<.001 **p<.01 *p<.05

En la predicción de los síntomas (ver tabla 6), también resultaron significativos los dos predictores, aunque sobresalió el peso de la CPS. A tenor de las magnitudes de los coeficientes de correlación semiparcial, se deduce que el porcentaje de varian-

za único explicado por la CPS fue de un 10%, frente al 3% de la CP. Finalmente, la CPS apareció como el único predictor significativo de las conductas o hábitos de salud, siendo su coeficiente de regresión estandarizado positivo.

Tabla 6. Regresión de la CP y la CPS sobre los síntomas y las conductas de salud

CRITERIOS	PREDICTORES	β	R ²	F _(2,109)	ry _(1,2)
SÍNTOMAS	COMPET. PERCIBIDA	-.20*			-.16
	COMPET. PERC. SALUD	-.38***	.27	20,45***	-.31
CONDUCTAS DE SALUD	COMPET. PERCIBIDA	.19			.16
	COMPET. PERC. SALUD	.28**	.18	11,37***	.22

***p<.001 **p<.01 *p<.05

Discusión y conclusiones

Los resultados hallados en esta investigación con respecto a la ubicación de la CP y la CPS dentro del marco de los Cinco Factores, pusieron de relieve que la Estabilidad

Emocional constituía un rasgo común en la predicción de las dos expectativas. Sin embargo, el factor de Energía, que también resultó significativo, sólo se relacionó con la CP.

Estos datos, además de apoyar la línea empírica ofrecida por diversos trabajos (Bermúdez, 1999; Judge et al., 2002; Marks y Lutgendorf, 1999), indican que una dimensión en la que estarían difiriendo la creencia de competencia general y la específica de salud, es la relativa a la Energía. En este sentido se puede pensar que características tales como el dinamismo, la asertividad o el nivel de energía, propias de la extraversión e implicadas en logro de las metas y los objetivos deseados, promueven la construcción de una percepción generalizada de competencia.

En cuanto al rasgo de Estabilidad Emocional, se puede especular que su influencia sobre las dos expectativas podría llevarse a cabo a través de una valoración menos amenazante de las situaciones de estrés en general, y de los problemas de salud en particular, favoreciendo unas respuestas emocionales de menor intensidad (DeNeve y Cooper, 1998).

Asimismo hay que destacar que, tanto la Afabilidad como la Apertura Mental, se asociaron, aunque en menor medida, con la CP y la CPS, lo que puede significar que la tendencia a crear redes de apoyo y a generar múltiples cursos de acción ante las diversas experiencias vitales, tendría una cierta vinculación con el mantenimiento de estas creencias.

En contra de lo esperado, no se obtuvo ninguna asociación entre la CP y la CPS con el Tesón. Siguiendo a Widiger y Trull (1992), es posible que parte del contenido de la subescala de Escrupulosidad, de la que consta el rasgo de Tesón según el BFQ, hubiera anulado esta conexión al estar referido a un orden y una planificación más compulsiva que realista. Nuevos estudios, empleando instrumentos de medida diferentes al utilizado en esta investigación, deberán aportar mayor claridad sobre esta cuestión.

Los datos ofrecidos por los Cinco Factores, junto con los mostrados en el análisis factorial, vendrían a apoyar la noción de que la CP y la CPS presentan una cierta distinción conceptual. No obstante, el que ambas expectativas solamente difirieran en un rasgo, y el hecho de que su intercorrelación fuera moderadamente alta, pone de manifiesto que la CP y la CPS no son, en términos conceptuales y psicométricos, del todo independientes.

Con respecto a la validez predictiva y diferencial de las dos expectativas de competencia, los resultados hallados indicaron, en primer lugar, que tanto la CP como la CPS predecían de forma significativa los estilos de afrontamiento.

En el caso del afrontamiento instrumental el peso de las dos creencias fue positivo, aunque el porcentaje de varianza única explicado por la CP fue superior al indicado por la CPS. La preeminencia de la CP podría deberse a su mejor ajuste con la variable criterio al poseer ambas el mismo nivel de generalización. Estos datos son congruentes con los obtenidos por Carver y colaboradores (Carver, Scheier y Weintraub, 1989), quienes observaron que variables de la personalidad más disposicionales, como la percepción general de control o el locus de control interno, se asociaban positivamente con la tendencia a afrontar el estrés de manera activa y planificada.

Siguiendo la línea propuesta por MacNair y Elliot (MacNair y Elliott, 1992) sobre la percepción de control y las habilidades requeridas para la resolución efectiva de los problemas, resulta plausible pensar que las personas que se sientan competentes en el manejo de diferentes dominios, presenten, a la hora de afrontar las dificultades, una tendencia hacia la implicación, y se perciban más capaces de ejercer un buen control emocional y conductual durante el proceso de resolución del problema.

En relación con el afrontamiento emocional, los datos reflejaron que este criterio era predicho negativamente por la estimación de competencia, tanto general como específica de la salud. Un mecanismo por el que estas dos expectativas podrían amortiguar el inicio de este tipo de afrontamiento, sería a través de una adecuada regulación y expresión emocional, la cual, como ha puesto de manifiesto Davey (1993), promueve una reevaluación más positiva de los estresores y una reducción en su nivel de amenaza.

En dirección opuesta a lo esperado inicialmente, el porcentaje de varianza único explicado por la CPS fue, en este caso, más alto que el manifestado por la CP. Esta mayor capacidad predictiva de la CPS podría explicarse a partir de su proximidad con el contenido de la escala del afrontamiento emocional; ya que algunos de los ítems de esta subescala designan acciones de afrontamiento que podrían ser contempladas también como alteraciones en el propio estado de salud.

En lo que al dominio de la salud concierne, la CP y la CPS contribuyeron a explicar significativamente los síntomas autoinformados, siendo el peso de las dos creencias negativo. En este sentido la capacidad predictiva de la CPS fue superior a la de la CP, aspecto éste que resulta coherente al ser los síntomas y la CPS dos variables estrechamente vinculadas con la experiencia de bienestar. Estos resultados son importantes si se tiene en cuenta que las consecuencias físicas y psicológicas de la CPS se han estudiado tradicionalmente en pacientes crónicos (Pastor et al., 1999; Smith et al., 1995), sin haber sido abordadas en muestras con sujetos sanos.

En la misma línea se mostraron los resultados relativos a las conductas de salud o preventivas. Aunque las correlaciones de la CP y la CPS con este criterio fueron positivas, avalando la intervención de las dos

expectativas en el mantenimiento de un estilo de vida saludable (Pender et al., 1990; Smith et al., 1995), en el análisis de regresión sólo resultó significativa la CPS. De manera que, a la hora de llevar a cabo hábitos de salud beneficiosos, parece que un factor de mayor importancia es la estimación de ser capaz de conseguir un estado de salud favorable, y no tanto el sentirse eficaz en el manejo de las diferentes facetas de la vida.

Se puede concluir, por tanto, que el análisis de la utilidad predictiva y diferencial de la CP y la CPS, es importante, puesto que permite comparar de forma simultánea la contribución que cada expectativa aporta a la predicción del comportamiento. Al hilo de los resultados comentados, parece evidente que la percepción general de competencia resulta apropiada para predecir criterios más generales, o, al menos, relacionados con aspectos instrumentales de la conducta. La CPS, por su parte, presenta una mayor capacidad predictiva cuando los criterios elegidos se encuentran ligados al ajuste emocional y al dominio del bienestar.

Estos aspectos deberían estar incluidos en el diseño de programas de intervención, destinados a mejorar los niveles de bienestar y promover la implantación de hábitos de salud. Dependiendo del ámbito de aplicación de estos programas y del grado de generalización de las facetas tratadas, debería promoverse la adquisición de la creencia de competencia que más se ajustara a estos criterios.

Acerca de las posibles limitaciones de este estudio, cabría destacar, en primer lugar, el que las medidas empleadas fueron autoinformadas. De esta forma, la magnitud de las relaciones entre las variables elegidas podría estar incrementada por la varianza común debida al método empleado.

Asimismo, a pesar del apoyo otorgado por diferentes teóricos a la capacidad integradora del modelo de los Cinco Factores, este paradigma también ha recibido algunas críticas referidas a su inadecuación para describir dimensiones de la personalidad más específicas. En particular Smith y Williams (1992) arguyen que la taxonomía de los Cinco Factores resulta inadecuada para representar constructos derivados de la teoría del Aprendizaje Social.

No obstante, los resultados obtenidos en nuestra investigación, además de ser consistentes con la evidencia empírica precedente, apoyan la adecuación de este mode-

lo para conocer la convergencia de las expectativas de competencia con los rasgos más generales, y su posible grado de solapamiento conceptual.

Por último, otra limitación que también resulta patente es la imposibilidad de extraer relaciones causales entre las variables, dado su carácter transversal. Una aproximación longitudinal o el empleo de técnicas estadísticas basadas en modelos de ecuaciones estructurales, favorecería un enfoque más explicativo de las dos expectativas de Competencia.

Referencias

- Auerbach, S.M., y Pegg, P.O. (2002). Appraisal of desire for control over healthcare: Structure, stability, and relation to health locus of control and to the "Big Five" personality traits. *Journal of Health Psychology*, 7, 393-408.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioural change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.
- Bermúdez, J. (1995). *The Big Five Questionnaire*. Madrid: TEA.
- Bermúdez, J. (1999). Personality and health-protective behaviour. *European Journal of Personality*, 13, 83-103.
- Bermúdez, J., Sánchez-Elvira, M.A., Pérez-García, A.M., y Oíz, B. (1990). *Factores psicosociales asociados al desarrollo de alteraciones cardiovasculares: su incidencia en la Comunidad de Navarra*. Memoria de investigación. Departamento de Salud del Gobierno de Navarra.
- Billings, A.G., y Moos, R.H. (1984). Coping, stress, and social resources among adults with unipolar depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 877-891.
- Blasco, T., Fernández-Castro, J., Doval, E., Moix, J., Rovira, T., y Sanz, A. (1999). Competencia personal y estrés. *Ansiedad y estrés*, 5, 261-273.
- Bonetti, D., Johnston, M., Rodríguez-Marín, J., Pastor, M.A., Martín-Aragón, M., Doherty, E., y Sheehan, K. (2001). Dimensions of perceived control: A factor analysis of three measures and an examination of their relation to activity level and mood in a student and cross-cultural patient sample. *Psychology and Health*, 16, 655-674.
- Booth-Kewley S., y Vickers, R.R.Jr. (1994). Associations between major domains of personality and health behaviour. *Journal of Personality*, 60, 281-298.
- Caprara, G.V., Barbaranelli, C., y Borgogni, L. (1995). *BFQ-Cuestionario "Big-Five"*. Madrid: TEA Ediciones. (Adaptación española de J. Bermúdez).
- Carver, C.S., Scheier, M.F., y Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283.
- Costa, P.T., y McCrae, R.R. (1992). *Revised NEO personality inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Davey, G.C.L. (1993). A comparison of three cognitive appraisal strategies: The role of threat devaluation in problem-focussed coping. *Personality and Individual Differences*, 14, 535-546.
- DeNeve, K.M., y Cooper, H. (1998). The happy personality: A meta-analysis of 137 personality traits and subjective well-being. *Psychological Bulletin*, 124, 197-229.
- Endler, N.S., y Parker, J.D.A. (1994). Assessment of multidimensional coping: Task, emotion, and avoidance strategies. *Psychological Assessment*, 6, 50-60.

- Fernández-Castro, J. (1999). Las estrategias para afrontar el estrés y la competencia percibida: Influencias sobre la salud. En F. Palmero y E.G. Fernández-Abascal (Eds.), *Emociones y Salud* (pp.365-385). Barcelona: Ariel.
- 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. *Ansiedad y Estrés*, 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.
- Judge, T.A., Erez, A., Bono, J.E., y Thoresen, C.J. (2002). Are measures of self-esteem, neuroticism, locus of control, and generalized self-efficacy indicators of a common core construct? *Journal of Personality and Social Psychology*, 83, 693-710.
- Lazarus, R.S., y Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. Nueva York: Springer Publishing Company
- Lazarus, R.S., y Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1, 141-169.
- MacNair, R.R., y Elliott, T.R. (1992). Self-perceived problem-solving ability, stress appraisal, and coping over time. *Journal of Research in Personality*, 26, 150-164.
- Marks, G.R., y Lutgendorf, S.K. (1999). Perceived Health Competence and Personality Factors differentially predict health behaviors in older adults. *Journal of Aging and Health*, 11, 221-239.
- Marshall, G.N., Wortman, C.B., Vickers, R.R. Jr., Kusulas, J.W., y Hervig, L.K. (1994). The five-factor model of personality as a framework for personality-health research. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 278-286.
- Martín-Aragón, M., Pastor, M.A., Lledó, S., López-Roig, M.C., Terol, M.C., y Rodríguez-Marín, J. (2001). Percepción de control en el síndrome fibromiálgico: variables relacionadas. *Psicothema*, 13, 586-591.
- McCrae, R.R. y Costa, P.T.Jr. (1987). Validation of the Five-Factor model of personality across instruments and observers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 81-90.
- McCrae, R.R. y Costa, P.T.Jr. (1997). Personality trait structure as a human universal. *American Psychologist*, 52, 509-516.
- McCrae, R.R. y John, O.P. (1992). An introduction to the Five-Factor model and its applications. *Journal of Personality*, 60, 177-215.
- Njus, D.M., y Brockway, J.H. (1999). Perceptions of competence and locus of control for positive and negative outcomes: predicting depression and adjustment to college. *Personality and Individual Differences*, 26, 531-548.
- Parker, J., y Endler, N. (1996). Coping and defence: a historical overview. En M. Zeidner y N.S. Endler (Eds.), *Handbook of coping: Theory, research and applications* (pp.3-23). New York: John Wiley and Sons.
- Pastor, M.A., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J., Martín-Aragón, M., Terol, M.C., y Pons, N. (1999). Percepción de control, impacto de la enfermedad y ajuste emocional en enfermos crónicos. *Ansiedad y Estrés*, 5, 299-311.
- Pender, N.J., Walker, S.N., Sechrist, K.R., y Frank-Stromborg, M.F. (1990). Predicting health-promoting life-styles in the workplace. *Nursing Research*, 39, 326-333.
- Peterson, C., y Stunkard, A.J. (1989). Personal control and health promotion. *Social Science and Medicine*, 28, 819-828.
- Rotter, J.B. (1954). *Social learning and clinical psychology*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement, *Psychological Monographs*, 80, No.1.
- Rueda, B. (2003). *Competencia percibida y salud: aproximación general y aplicación a la enfermedad cardiovascular*. Tesis doctoral no publicada. Madrid: UNED.
- Sánchez-Elvira, A. (1997). *Spanish Coping Inventory for Stressful Situations* (CISS). Endler & Parker, 1990). Canada: Multi-Health Systems Inc.
- Skinner, E.A. (1996). A guide to constructs of control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 549-570.
- Smith, C.A., Dobbins, C.J. y Wallston, K.A. (1991). The mediational role of perceived competence in psychological adjustment 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, 51-64.
- Smith, T.W., y Williams, P.G. (1992). Personality and health: Advantages and limitations of the five-factor model. *Journal of Personality*, 60, 395-423.
- Strickland, B.R. (1978). Internal-external expectancies and health-related behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 1192-1211.

- Suls, J., David, J.P., y Harvey, J.H. (1996). Personality and Coping: Three generations of research. *Journal of Personality, 64*, 711-735.
- Terry, D.J. (1991). Coping resources and situational appraisals as predictors of coping behavior. *Personality and Individual Differences, 12*, 1031-1047.
- Tobin, D.L., Reynolds, R.V., y Wigal, J.K. (1989). The hierarchical factor structure of the coping strategies inventory. *Cognitive Therapy and Research, 13*, 343-361.
- Walker, J. (2001). *Control and the psychology of health*. Buckingham: Oxford University Press.
- Wallston, B.S., y Wallston K.A. (1978). Locus of control and health: A review of the literature. *Health Education and Monographs, 6*, 107-117.
- Wallston, K.A. (1992). Hocus-pocus, the focus is not strictly on locus: Rotter's social learning theory modified for health. *Cognitive Therapy and Research, 16*, 183-199.
- Wallston, K.A. (2001). Conceptualization and operationalization of perceived control. En A. Baum, T. Revenson, y J.E. Singer (Eds.), *The Handbook of Health Psychology* (pp. 49-58). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Wallston, K.A., Wallston, B.S., Smith, S., y Dobbins, J.C. (1987). Perceived control and health. *Current Psychological Research and Reviews, 6*, 5-25.
- Widiger, T.A., y Trull, T.J. (1992). Personality and Psychopathology: an application of the Five-Factor model. *Journal of Personality, 60*, 364-393.