

TESIS DOCTORAL

**RELACIÓN ENTRE PERCEPCIÓN DE CONTROL
Y ADAPTACIÓN A LA ENFERMEDAD EN
PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA**

MILAGROS BÁREZ VILLORIA

Universitat Autònoma de Barcelona, 2002

MILAGROS BÁREZ VILLORIA

**RELACIÓN ENTRE PERCEPCIÓN DE CONTROL
Y ADAPTACIÓN A LA ENFERMEDAD EN
PACIENTES CON CÁNCER DE MAMA⁽¹⁾**

Tesis doctoral dirigida por:

Dr. Jordi Fernández Castro

Dr. Tomás Blasco Blasco

Área de Psicología Básica

Departamento de Psicología de l'Educació

Facultad de Psicología

Universitat Autònoma de Barcelona, 2002

(1) Este trabajo ha sido realizado gracias a la ayuda PB97-0212 de la Dirección General de Investigación Científica y Técnica (DGICYT)

AGRADECIMIENTOS

Aprovecho estas líneas para expresar mi gratitud a todas aquellas personas que directa o indirectamente han hecho posible la realización de esta tesis.

En primer lugar agradezco a mis dos directores de tesis, Jordi Fernández y Tomás Blasco la orientación, dedicación, paciencia y apoyo que, desde el principio y en todo momento, me han prestado.

Quisiera también manifestar mi gratitud a Carme Viladrich, quien de manera incondicional y pacientemente me asesoró, orientó y supervisó el estudio estadístico.

Agradezco la inestimable colaboración y la cálida acogida que me prestaron los miembros de la Unidad de Patología Mamaria del Hospital del Sagrat Cor de Barcelona: Dr. Basilio, Dr. Valls, Dr. Segade, Dr. Barba y Marquina Mateos, quienes de manera desinteresada y en todo momento me ofrecieron su ayuda material y personal en la delicada tarea de atención a las pacientes y recogida de datos.

También agradezco su colaboración al Servicio de Patología Mamaria del Hospital Materno Infantil de Valle Hebrón, y especialmente a la Dra. Sabadell y al Dr. Mendoza, por su simpatía y apoyo, así como al Servicio de enfermería de la planta de 9 del mismo hospital, y muy especialmente a su supervisora, Teresa Molina, por su interés y gran ayuda en mi adaptación al sistema hospitalario y en la atención a las pacientes.

Al mismo tiempo expreso mi gratitud al Dr. Tomàs y al Dr. Gastaminza por acogerme desinteresadamente en sus despachos de la Unidad de Paidopsiquiatría del Hospital Materno Infantil de Valle Hebrón.

Es de inestimable valor la colaboración de todas las mujeres integrantes de la muestra.

Agradezco la aceptación y buena disposición de los miembros que han aceptado formar parte de este tribunal.

La realización de este trabajo no hubiese sido posible sin el soporte emocional de mis padres, mi hermana y mi familia política, especialmente del “papá Alfredo” quien siempre me ha alentado y motivado a seguir adelante.

Finalmente, quiero expresar mi especial gratitud y atención a mi marido Alfred, pues durante muchos años, con su cariño, paciencia, apoyo y ayuda, he podido llevar a cabo este proyecto.

El valor es, después de la prudencia, una condición esencial a nuestra felicidad...En este mundo donde la suerte es de bronce hay que tener un carácter de bronce, acorazado contra el destino y armado contra los hombres. Porque toda esta vida no es más que un combate; se nos disputa cada paso, y Voltaire dice con razón:

“Sólo con la punta de la espada se triunfa en este mundo; se muere con la espada en la mano”

Así que es de un alma cobarde dejarse abatir, perder valor y gemir, en cuanto las nubes se agrupan o simplemente asoman en el horizonte. Sea nuestra divisa:

“No cedas a las adversidades, sino, por el contrario, marcha más audaz”

Mientras hay duda sobre el resultado de una cosa peligrosa, mientras queda una posibilidad para que el resultado sea favorable, no os debilitéis, no penséis más que en la resistencia, así como no hay que desesperar del buen tiempo, mientras aun queda en el cielo un rinconcito azul...:

“Por lo cual vivid robustos y oponer un ánimo vigoroso a las adversidades”

Schopenhauer (Arte del Buen Vivir)

ÍNDICE

PARTE TEÓRICA

1. La Psicología del Control.....17

1.1. El uso y significado del concepto “Control” en psicología.....17

 1.1.1. Introducción.....17

 1.1.2. Paradigmas básicos de la Psicología del Control.....24

1.2. Una propuesta integradora : La Psicología del Control.....26

 1.2.1. El Control Objetivo.....27

 1.2.2. El Sujeto.....28

 1.2.2.1. La Motivación.....29

 1.2.2.2. El Juicio de Control.....29

 1.2.2.2.1. La Autoeficacia.....30

 1.2.2.2.2. La Ilusión de Control.....31

 1.2.2.3. Factores que influyen en el Juicio de Control.....34

 1.2.2.3.1. El Locus de Control.....34

 1.2.2.3.2. La Competencia Personal.....36

 1.2.2.3.3. Estados de Ánimo.....37

 1.2.2.4. Las Consecuencias del Juicio de Control.....38

1.3. Valoración y Conclusiones.....40

2. Implicaciones de la Psicología del Control en Psicología de la Salud (Situaciones de Enfermedad)	43
2.1. Introducción: Enfrentarse a la enfermedad (el cáncer).....	43
2.2. El Control Objetivo en situaciones de enfermedad: El Agente, los Medios y los Resultados.....	46
2.3. El Juicio de Control en situación de enfermedad.....	47
2.3.1. La Ilusión de Control.....	48
2.3.2. Factores que influyen en el Juicio de Control en situación de enfermedad.....	50
2.3.2.1. El Locus de Control de Salud.....	50
2.3.2.2. La Competencia Personal.....	55
2.4. Las consecuencias del Juicio de Control en situaciones de enfermedad.....	56
2.4.1. El afrontamiento a la enfermedad.....	56
2.4.2. La respuesta inmunológica.....	57
2.4.2.1. Estudios con animales.....	57
2.4.2.2. Estudios con humanos: Estrés y cáncer.....	58
2.4.2.3. Estudios con humanos: Supervivencia y cáncer.....	62
3. El concepto de Adaptación a la enfermedad en Psicología de la Salud y en Psicología Oncológica	67
3.1. Definiciones de Adaptación e instrumentos de medida.....	67
3.1.1. La Adaptación como resultado.....	68
3.1.1.1. Cuestionarios que miden Alteración Emocional.....	70
3.1.2. La Adaptación como proceso.....	78
3.1.2.1. El modelo de Lazarus.....	78
3.1.2.2. El Modelo de Moorey y Greer.....	80
3.1.2.3. El modelo de la Psicología del Control.....	83

3.1.2.4. El modelo del Patrón C de Personalidad.....	85
3.1.2.5. Cuestionarios que miden el Afrontamiento.....	86
3.1.3. Factores moduladores de la Adaptación.....	96
3.1.3.1. Cuestionarios que evalúan Apoyo Social.....	97
3.1.4. Otros instrumentos utilizados como indicadores de Adaptación.....	101
3.1.4.1. Instrumentos Generales.....	101
3.1.4.2. Instrumentos para medir Calidad de Vida.....	105
3.1.5. Valoración.....	111
3.2. El MAC: Cuestionario de Ajuste Mental al Cáncer (Mental Adjustment to Cancer Scale).....	113
3.2.1. Desarrollo y descripción del MAC.....	113
3.2.1.1. Desarrollo del MAC.....	113
3.2.1.2. Descripción del MAC.....	117
3.2.2. Principales resultados hallados (estudios posteriores).....	122
3.2.3. Qué mide el MAC.....	132
3.3. Efectos de las terapias psicológicas en oncología.....	135
3.3.1. Fundamentos.....	135
3.3.1.1. Apoyo Emocional.....	136
3.3.1.2. Apoyo Informativo-Educacional.....	139
3.3.1.3. Apoyo Instrumental.....	142
3.3.2. Resultados.....	154
3.3.3. Posibles mecanismos de acción.....	160
3.4. Valoración y Conclusiones.....	164

4. El Juicio de Control y la Adaptación a la enfermedad167

PARTE EMPÍRICA

5. Planteamiento y Objetivos175

6. Método179

6.1. Sujetos179

6.2. Instrumentos182

6.3. Procedimiento del estudio186

7. Análisis Estadístico y Resultados189

7.1. Evolución de las diferentes variables a lo largo del tiempo189

7.1.1. El curso de las estrategias de afrontamiento: El MAC191

7.1.1.1. Espíritu de Lucha191

7.1.1.2. Indefensión193

7.1.1.3. Preocupación Ansiosa195

7.1.1.4. Fatalismo198

7.1.1.5. Negación200

7.1.2. Curso de las Creencias y Expectativas201

7.1.2.1. La Autoeficacia201

7.1.2.1.1. Preocupación201

7.1.2.1.2. Capacidad204

7.1.2.2. La Competencia Personal207

7.1.3. Curso del Estado Emocional.....	209
7.1.3.1. El HAD.....	209
7.1.3.1.1. Ansiedad.....	209
7.1.3.1.2. Depresión.....	212
7.1.3.2. EL POMS.....	215
7.1.4. Curso de la Calidad de Vida.....	219
7.1.4.1. Deterioro del Estatus Funcional.....	219
7.1.4.2. Síntomas Físicos.....	221
7.1.4.3. Distrés.....	223
7.1.4.4. Problemas Socio-Familiares.....	225
7.1.4.5. Ausencia de Depresión.....	227
7.1.4.6. Problemas Sexuales.....	229
7.1.4.7. Satisfacción con los Cuidados Médicos.....	231
7.1.4.8. Estado de Salud Subjetivo.....	231
7.1.4.9. Nivel de Calidad de Vida Subjetivo.....	233
7.2. Percepción de Control y Adaptación.....	238
7.2.1. Modelos de Ecuaciones Estructurales.....	238
7.2.1.1. Especificación del Modelo.....	239
7.2.1.2. Identificación del Modelo.....	239
7.2.1.3. Estimación de Parámetros.....	240
7.2.1.4. Evaluación del Modelo.....	241
7.2.2. Relación entre Percepción de Control y Adaptación.....	245
7.2.2.1. Estudio Transversal: Análisis Factorial.....	245
7.2.2.2. Estudio Longitudinal.....	262

8. Discusión	271
8.1. Primer Objetivo: Evolución de las estrategias de afrontamiento, creencias de Autoeficacia y Competencia Personal	271
8.1.1. Estrategias de afrontamiento.....	271
8.1.2. Autoeficacia.....	277
8.1.3. Competencia Personal.....	279
8.2. Segundo Objetivo: Evolución del Estado Emocional, el Estado Anímico y la Calidad de Vida.....	280
8.2.1. El Estado Emocional.....	280
8.2.2. El Estado Anímico.....	284
8.2.3. La Calidad de Vida.....	285
8.3. Tercer, cuarto y quinto objetivos.....	293
8.3.1. Control Percibido y Afrontamiento.....	295
8.3.2. Control Percibido y Adaptación.....	297
8.3.3. Estudio Longitudinal.....	299
8.4. Discusión General.....	301
8.4.1. Criterios basados en valores de porcentaje o basados en valores de promedio.....	301
8.4.2. La aportación de nuestro estudio.....	303
8.4.3. Implicaciones Clínicas.....	304
9. Conclusiones	307
Bibliografía	313
Anexo 1	
A.1.1. Entrevista Inicial.....	351

Anexo 2

A.2.1. Cuestionario sobre Ajuste Mental a la Enfermedad (MAC).....	355
A.2.2. Clave de Corrección del MAC.....	358

Anexo 3

A.3.1. Escala de Autoeficacia.....	363
A.3.2. Clave de Corrección de la Escala de Autoeficacia.....	365

Anexo 4

A.4.1. Escala de Competencia Personal.....	369
A.4.2. Clave de corrección de la Escala de Competencia Personal.....	370

Anexo 5

A.5.1. Escala HAD.....	373
A.5.2. Clave de corrección de la Escala HAD.....	375

Anexo 6

A.6.1. POMS (Forma A).....	379
A.6.2. Clave de corrección de la Escala POMS (Forma A).....	380

Anexo 7

A.7.1. Cuestionario sobre Calidad de Vida para Cáncer de Mama (EORTC).....	383
A.7.2. Clave de corrección del Cuestionario sobre Calidad de Vida para Cáncer de Mama (EORTC).....	386

PARTE TEÓRICA

1. LA PSICOLOGÍA DEL CONTROL

1.1. EL USO Y SIGNIFICADO DEL CONCEPTO “CONTROL” EN PSICOLOGÍA

1.1.1. INTRODUCCIÓN

A finales de los años 50 y principios de los 60, en el ámbito de la psicología se empezó a estudiar el tema del control en relación a cómo los individuos pueden conseguir y mantener una sensación de control sobre sus vidas, pero ha sido en las últimas tres décadas cuando han proliferado una gran cantidad de estudios referidos a este tema, dando lugar a un nuevo campo de investigación denominado Psicología del Control, entendida como el conjunto de implicaciones derivadas del control conductual, es decir, de la existencia de contingencias entre la conducta del sujeto o de otros individuos y la obtención de determinados resultados (Fernández, Álvarez, Blasco, Doval y Sanz, 1998). Concretamente el control se refiere a la medida en que un agente provoca, de manera intencionada, un resultado deseado y previene o evita resultados no deseados. El control, además de orientarse hacia la obtención de un desarrollo favorable ante un hecho traumático, lo hace también hacia prevenir nuevamente su ocurrencia, y hacia las consecuencias emocionales del evento (Skinner, 1996).

Se podría decir que la sensación de control se asocia a saber lo que se quiere, ser capaz de identificar los modos para conseguirlo, cambiar de objetivos cuando los iniciales no son factibles, ser capaz de reconocer las propias habilidades, saber incrementarlas si son necesarias y decidir cuándo merece la pena ejercer el control y cuándo no. Problemas o alteraciones en alguna de estas cuestiones pueden reducir la sensación de control (Thompson y Collins, 1995).

Los numerosos estudios han dado lugar a diferentes constructos y términos referidos al control, y han propuesto diversas estrategias para conseguir el control sobre el comportamiento, las cogniciones y el estado anímico. Todo este trabajo ha demostrado que la

habilidad personal para conseguir y mantener la sensación de control es esencial para la supervivencia y la salud física siendo el elemento central en psicoterapia y salud mental (Shapiro, Schwartz y Astin, 1996). Décadas de investigación en sociología y psicología han demostrado que la Percepción de Control es un predictor del bienestar físico y mental, y tal vez de una mayor supervivencia al enfrentarse a determinadas enfermedades (Skinner, 1996), al observarse que un bajo nivel de control puede contribuir a la supresión del funcionamiento inmunológico (Shapiro et.al., 1996). Estos aspectos los abarcaremos con más profundidad en el capítulo 2.

Así, la gente intenta obtener control sobre el entorno, ya que en situaciones naturales tener sensación de control sobre las actividades cotidianas afecta de manera positiva al funcionamiento psicológico (Helgeson, 1992). Asimismo la posibilidad de ejercer control reduce significativamente los efectos negativos del estrés, mientras que la falta de control produce déficits cognitivos, motivacionales y afectivos (Fernández y Edo, 1994) dando como resultado un estado emocional negativo.

No obstante, aunque en general se considera que tener control sobre cualquier situación, o experimentar la sensación de que se tiene, es siempre beneficioso para la persona (Merluzzi y Martínez, 1997), esto no siempre es así, pues proporcionar control a aquellas personas que no lo desean, o que no lo pueden utilizar de manera efectiva es perjudicial, pues puede aumentar los niveles de ansiedad y depresión. Igualmente, hay situaciones donde el sujeto puede querer controlar pero el control objetivo es imposible, lo que provocaría un aumento de los problemas emocionales al persistir en el intento de controlar. Asimismo, la negación de un problema o un elevado optimismo respecto al mismo, también podrían dar lugar a consecuencias negativas, ya que esa Ilusión de Control puede hacer que la persona no siga las pautas para realmente obtenerlo, o que al descubrir tarde o temprano la ausencia real de posibilidad de controlar aparezcan serios problemas emocionales (Shapiro et. al., 1996).

El principal problema a la hora de generalizar resultados y llegar a conclusiones en el campo de la Psicología del Control se ha debido al gran número de conceptos y términos generados que se solapan y confunden. La confusión aparece cuando los diversos autores y estudios denominan a lo mismo con diferentes términos o, al contrario, cuando conceptos

distintos son denominados con palabras idénticas. Algunos de estos términos incluyen la palabra “control”: Control Personal, Percepción de Control, Locus de Control, Control Cognitivo, Control Vicario, Ilusión de Control, Control Primario y Secundario, etc. Otros términos no incluyen la palabra “control”, pero se refieren al mismo tema: Indefensión Aprendida, Autoeficacia, Competencia, Contingencia, Atribución Causal, Expectativas de Resultados, etc. Una muestra de esta diversidad aparece en la tabla 1.

TABLA 1: CONCEPTOS Y TÉRMINOS RELACIONADOS CON EL CONTROL	
Control	La creencia de que la persona dispone de la respuesta que puede influir en la negatividad de un acontecimiento (Thompson, 1981).
Control Conductual	<p>La creencia de que la persona tiene disponible la respuesta conductual que puede afectar la negatividad de un acontecimiento. La respuesta que puede acabar con el suceso, hacerlo menos probable, menos intenso o cambiar su duración (Thompson, 1981).</p> <p>La habilidad para eliminar un acontecimiento aversivo, hacerlo menos probable, reducir su intensidad o alterar su duración (Fiske y Taylor, 1991).</p>
Control Cognitivo	<p>La creencia de que la persona tiene disponible la estrategia cognitiva que puede afectar la negatividad de un acontecimiento (Thompson, 1981).</p> <p>La habilidad de algunas estrategias cognitivas para hacer pensar a la persona de forma diferente sobre un acontecimiento negativo o hacer centrar su atención en los aspectos no nocivos de la situación aversiva (Fiske y Taylor, 1991).</p>
Control Objetivo	Interpretación adecuada de la relación real existente entre acción y resultado (Skinner, 1985).

(CONTINUACIÓN TABLA 1: CONCEPTOS Y TÉRMINOS RELACIONADOS CON EL CONTROL)	
Control Percibido	La habilidad percibida para alterar de manera significativa los acontecimientos (Burger, 1989).
(Continuación: Control Percibido)	La expectativa de poder participar en las decisiones para obtener consecuencias deseables, y la sensación de Competencia Personal en una situación determinada (Rodin, 1990). Modelos causales respecto al funcionamiento del mundo: Sobre las causas probables de los resultados deseables o aversivos, sobre el rol personal en los éxitos y fracasos, sobre las respuestas de los otros, instituciones y sistemas sociales (Skinner, 1995).
Control Personal	Creencias individuales sobre las propias capacidades de ejercer control en la vida propia (Gurin, Gurin y Morrison, 1978).
Control Primario	Tener control a través de la creencia de que la persona puede influir en una realidad existente (Rothbaum, Weisz y Snyder, 1982). Provocar desarrollos y resultados en la línea en que el sujeto desea, controlando el exterior del sujeto (Heckhausen y Schultz, 1995).
Control Secundario	Ganar control a través de aceptar la realidad existente (Rothbaum et al., 1982). Centrarse el sujeto en si mismo en función del desarrollo de la situación. Centrarse en si mismo para provocar cambios, no en el exterior sino en el propio sujeto (Heckhausen y Schultz, 1995).
Control Subjetivo	La cantidad de Control Percibido por el sujeto (Skinner, 1985).

(CONTINUACIÓN TABLA 1: CONCEPTOS Y TÉRMINOS RELACIONADOS CON EL CONTROL)	
Control Vicario	<p>Primario: Intención de manipular o imitar a otras personas poderosas.</p> <p>Secundario: Intención de asociarse con otras personas poderosas (Rothbaum, et. al., 1982).</p>
(Continuación: Control Vicario)	<p>La creencia de que los otros poseen alguna respuesta que puede reducir, modificar o eliminar una situación aversiva que afecta al individuo (Taylor, Helgeson, Reed y Skokan, 1991).</p> <p>La creencia de que otros pueden controlar los resultados de uno mismo (Helgeson, 1992).</p>
Control Instrumental	La habilidad para efectuar una respuesta conductual que modifique un hecho aversivo (Miller, 1979).
Control de Decisión	La habilidad para tomar una decisión o decisiones respecto al desarrollo de un hecho estresante (Fiske y Taylor, 1991).
Control Interpretativo	<p>Primario: Se refiere a entender un problema para ser capaz de resolverlo o controlarlo.</p> <p>Secundario: Se refiere a entender un problema para obtener un significado o poder aceptarlo (Rothbaum et. al., 1982).</p>
Control Predictivo	<p>Primario: Se basa en predecir acontecimientos para obtener un éxito sobre ellos.</p> <p>Secundario: Se basa en predecir acontecimientos para evitar la decepción (Rothbaum et. al., 1982).</p>

(CONTINUACIÓN TABLA 1: CONCEPTOS Y TÉRMINOS RELACIONADOS CON EL CONTROL)	
Locus de Control Externo	<p>Cuando la persona percibe que en una situación determinada el resultado de su acción no es contingente con ésta, atribuyéndose dicho resultado al azar, la fatalidad, etc. (Rotter, 1966).</p> <p>La expectativa de que los eventos dependen sólo parcialmente de la propia conducta o acción y, en mayor medida de la suerte, el azar, o las acciones emitidas por otras personas, conceptualizada en forma de predisposición o tendencia hacia este tipo de valoraciones (Fernández et. al., 1998).</p>
Locus de Control Interno	<p>Cuando la persona percibe que en una situación determinada el resultado de su acción es contingente con ésta o con características permanentes personales (Rotter, 1966).</p> <p>La atribución de contingencia entre la propia conducta y la aparición de determinados resultados, entendida como una predisposición o tendencia sistemática a realizar este tipo de valoraciones (Fernández et. al., 1998).</p>
Locus de Control de Salud Interno	<p>La creencia personal de que la salud depende en primera instancia de uno mismo (Wallston, 1992).</p>
Locus de Control de Salud Externo	<p>La creencia personal de que la salud no depende de uno mismo, y que las causas de las enfermedades son ajenas a la persona que las sufre (Wallston, 1992).</p>
Creencias de Control	<p>Creencias respecto a la capacidad de un determinado agente para producir sucesos favorables o prevenir sucesos desfavorables (Skinner, Chapman y Baltes, 1988; Skinner, Wellborn y Connell, 1990).</p>

(CONTINUACIÓN TABLA 1: CONCEPTOS Y TÉRMINOS RELACIONADOS CON EL CONTROL)	
Ilusión de Control	La expectativa respecto a la probabilidad de ocurrencia de un éxito personal, inadecuadamente elevada en comparación con la probabilidad real. La persona juzga que tiene control sobre los resultados, cuando en realidad éstos son incontrolables (Langer, 1975).
Percepción de Control (Control Percibido)	El juicio que el sujeto realiza sobre la contingencia entre sus acciones y las consecuencias (Fernández et. al., 1998).
Indefensión Aprendida	Déficits motivacionales, cognitivos y emocionales provocados por una exposición continuada a sucesos no contingentes. Los organismos expuestos a una situación incontrolable aprenden que el resultado no depende de ellos, y esto les lleva, si se dan otras condiciones, a una serie de déficits conductuales, o síntomas de Indefensión, que frecuentemente son interpretados como déficits emocionales, motivacionales y cognitivos (Seligman, 1975-a).
Eficacia Personal	Juicios de capacidad personal para producir actos que ocasionen resultados favorables (Gurin y Brim, 1984).
Creencias de Autoeficacia	Creencias del sujeto sobre sus capacidades de ejercer control sobre los acontecimientos que afectan a su vida (Bandura, 1989).
Expectativas de Eficacia	La convicción personal de que uno puede ejecutar de manera exitosa la conducta requerida para producir un resultado (Bandura, 1977).
Expectativas de Resultados	El grado en que una persona piensa que una determinada acción puede producir un resultado concreto (Bandura, 1986). Estimación de la probabilidad de un resultado (Heckhausen, 1991).

(CONTINUACIÓN TABLA 1: CONCEPTOS Y TÉRMINOS RELACIONADOS CON EL CONTROL)	
Competencia	El grado en que el sujeto es capaz de efectuar determinadas conductas contingentes a un resultado deseado (Weisz y Stipek, 1982).
Competencia Personal	Creencia individual y generalizada de que uno mismo es capaz de salir airoso de las situaciones a las que se vea sometido. Combina dos expectativas: de conducta o autoeficacia (“soy capaz de hacer X”) y de resultado (“X tendrá como consecuencia lo que quiero”) (Fernández et. al., 1998; Wallston, 1992).
Contingencia	El grado en que un resultado es contingente a las variaciones de la conducta del sujeto (Weisz y Stipek, 1982).
Atribuciones Causales	Causas percibidas de los éxitos y fracasos: Categorías causales (esfuerzo, dificultad de la tarea, habilidad, suerte); Dimensiones causales (interna, estable, controlable) (Weiner, 1985).
Autoeficacia	Creencia personal de poseer la capacidad necesaria para realizar de manera exitosa la ejecución conductual necesaria para obtener unos resultados (Bandura, 1986).

1.1.2. PARADIGMAS BÁSICOS DE LA PSICOLOGÍA DEL CONTROL

Para intentar delimitar los conceptos más importantes así como ordenar las ideas y principales aportaciones de la Psicología del Control, primero debemos establecer sus pilares básicos, que pueden situarse en, al menos, cuatro paradigmas (Shapiro et.al., 1996; Thompson y Collins, 1995):

- El primero sería la Teoría del Aprendizaje Social de Rotter (1966), a partir de la que el autor desarrolló su escala de Locus de Control Interno-Externo para valorar las creencias subjetivas respecto a dónde se sitúa el control sobre los resultados, planteando que algunas

personas consideran los resultados como dependientes de sus acciones o independientes de su control, situando éste dentro de la persona o fuera de ella. A partir de los estudios de Rotter que se referían en general al Locus de Control, Wallston (Wallston y Wallston, 1982; Wallston, Wallston y DeVellis, 1978) concreta el tema en el área de la salud proponiendo e impulsando la difusión de un constructo denominado Locus de Control de Salud. Más adelante, el mismo Wallston, tras una revisión de sus trabajos en el año 1992 (Wallston, 1992), recomienda el abandono del concepto de Locus de Control de Salud para dar paso al de Competencia Personal, constructo que integra el concepto de Control Percibido y el de Autoeficacia. Todos estos conceptos se definirán y se expondrán detalladamente a lo largo del apartado 1.2.

- El segundo paradigma importante se encuentra en la Teoría de la Indefensión Aprendida de Seligman (1975-b), quien propuso este concepto como el resultado de repetidos fracasos en el intento de obtener control sobre una situación. Sus trabajos originales se desarrollan en el laboratorio con animales, concretamente con perros, observando que sometiendo a éstos repetidamente a condiciones de estimulación aversiva, donde no había contingencia entre sus acciones y los resultados, desarrollaban respuestas de Indefensión (ya no intentaban hacer nada aunque pudieran). Posteriormente se desarrolló este paradigma con humanos, planteando que las personas desarrollan estados anímicos depresivos cuando experimentan una ausencia de contingencia entre lo que ellos hacen para controlar y el resultado que obtienen. Se observa que este estado depresivo en humanos se acompaña de una falta de habilidad para poner en marcha mecanismos de control a fin de obtener resultados favorables o para evitar resultados negativos, aunque la situación sea objetivamente controlable.

- El tercer paradigma se refiere a la Teoría Cognitiva del Aprendizaje Social de Bandura (1977), que se centra en un componente concreto del control: La Autoeficacia, que sería la creencia personal de que se posee la habilidad necesaria para realizar una determinada acción. La Autoeficacia (“yo puedo hacer esta acción”) combinada con juicios de expectativas (“yo espero que esta acción me proporcione un resultado determinado”) constituye lo que se denomina la Percepción de Control. La Autoeficacia se considera un elemento fundamental ya

que, en una situación objetivamente controlable, si la persona cree tener las habilidades para ello las pondrá en marcha, y si no cree tenerlas no lo hará, independientemente de sus capacidades reales.

•Otro campo o paradigma importante se sitúa en las Teorías Psicosociales de Afrontamiento ante situaciones estresantes. De entrada, podemos referirnos a Folkman (1984) que sugiere que la Percepción de Control puede influir en la evaluación cognitiva primaria de la situación (la visión o la interpretación de la situación en cuanto a gravedad de amenaza o pérdida) y que es fundamental para la evaluación secundaria (la evaluación de los recursos y opciones de afrontamiento). También podemos mencionar el Modelo Cognitivo de Adaptación de Taylor (1983), quien propone que la adaptación a un hecho traumático incluye tres aspectos: La búsqueda de un significado, restablecimiento del control, y restablecimiento de la autoestima. En este modelo también se plantea que cuando la persona se enfrenta a una situación traumática, temporalmente se produce una alteración aberrante en el funcionamiento psicológico, manifestada con ansiedad, depresión y otros estados emocionales negativos. La Percepción de Control y su puesta en marcha es fundamental para que la persona pueda afrontar la situación comprometida o escapar de ella, experimentar menos síntomas de depresión o ansiedad y finalmente, restablecer el funcionamiento psicológico normal (Taylor y Armor, 1996).

1.2. UNA PROPUESTA INTEGRADORA : LA PSICOLOGÍA DEL CONTROL

Podemos entender la Psicología del Control como el conjunto de relaciones derivadas del control conductual, es decir de la existencia de contingencias entre la conducta del individuo y la obtención de determinados resultados. A partir de este planteamiento general se podrían integrar los demás constructos: Locus de Control Interno y Externo, Control Cognitivo, Control Instrumental, Control de Decisión, Control Primario y Secundario (vicario, interpretativo, predictivo), Percepción de Control, Expectativa de Resultados, Autoeficacia y un constructo general denominado Competencia Personal, entre otros (tabla 1).

Una propuesta integradora la podemos encontrar en el esquema de la figura 1, donde seleccionamos los términos o constructos que nos parecen más relevantes. A continuación describiremos cada uno de los componentes del esquema, añadiendo los términos o conceptos relacionados.

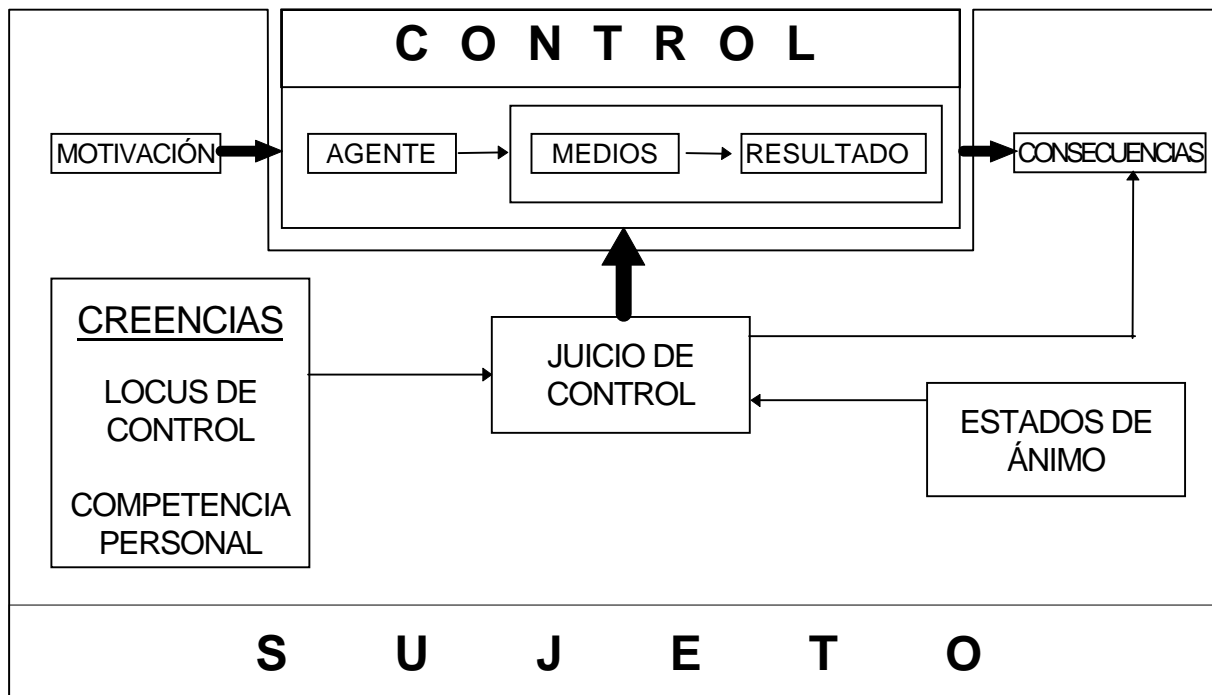


Figura 1: Psicología del Control.

1.2.1. EL CONTROL OBJETIVO

Basándonos en las aportaciones de Skinner (1996), plantearíamos que el control se fundamenta en la existencia de un agente (que puede ser un individuo o un grupo de sujetos), quien a través de unos medios (que pueden ser habilidades, acciones, recursos, cogniciones, etc.), consigue unos resultados. Se habla de control objetivo cuando la posibilidad de ejercer control sobre la situación y por parte del agente es real.

Planteamos que el control es una realidad objetiva (aunque no siempre podemos conocer del todo), que existe independientemente del sujeto y sobre la cual éste emite un juicio o interpretación en cuanto a la relación entre medios y resultados, entre el agente y los medios, sobre quién es el agente (él, otros, el azar), etc..

1.2.2. EL SUJETO

La Psicología del Control incluye lo objetivo, que sería el control que hemos definido en el punto anterior, pero también debe incluir lo subjetivo, refiriéndonos al sujeto y a sus características. Hay que integrar al sujeto en la situación pues no es concebible una Psicología de Control sin un sujeto sobre el que gravitar esa psicología.

Al hablar de sujeto nos podemos estar refiriendo nuevamente al agente o no. Es decir, el agente capaz de controlar puede coincidir con el sujeto que se encuentra ante una situación comprometida y que a través de unos medios consigue unos resultados, o el agente que ejerce el control puede ser diferente al sujeto. Por ejemplo, en una situación de enfermedad el agente que controla puede ser el médico o su equipo. Cuando el sujeto es el agente puede ejercer el control utilizando estrategias de afrontamiento que le permitan cambiar la situación o estrategias que le permitan aceptarla y adaptarse con menor reactividad emocional negativa basadas en la auto-hipnosis, “biofeedback”, entrenamiento autógeno, imaginación guiada, reestructuración cognitiva, modificación de conducta o meditación. Cuando el sujeto considera que la situación puede ser controlada por otros (otras personas benevolentes y capaces como los médicos u otros agentes más poderosos, como la religión o Dios), es decir, cuando considera que él no es el agente capaz de ejercer el control, pondrá en marcha otro tipo de estrategias de afrontamiento, por ejemplo las basadas en el apoyo social (Shapiro et.al., 1996). El tema de control en relación a situaciones de enfermedad lo desarrollaremos en profundidad en el capítulo 2, y el tema de la adaptación y afrontamiento a la enfermedad en el capítulo 3.

1.2.2.1. La Motivación

Cuando el sujeto se encuentra ante una situación comprometida o estresante, valora lo importante que es para él esa situación (motivación) y las consecuencias que pueden derivarse de la misma. Así, hablaremos de la motivación por controlar determinada situación en base a la interpretación del hecho y de las consecuencias que acarrea. Plantearíamos que esto es lo que primero ocurre antes de que se emita un Juicio de Control o una Percepción de Control. Cuando la situación no es importante para el sujeto posiblemente no hay motivación por controlarla, por lo que probablemente ni se emite un Juicio de Control, pues las consecuencias serán banales. Por otro lado cuando la situación y sus consecuencias sean importantes para el sujeto éste se sentirá más motivado para realizar acciones que le permitan controlarla.

La motivación por controlar una determinada situación y la insistencia en ello se ve aumentada asimismo al percibir control y Autoeficacia (Taylor y Armor, 1996). Esto implica que la situación debe ser importante para el sujeto, que éste interprete que se puede hacer algo para controlarla obteniendo unos resultados favorables y finalmente que el sujeto se considere capacitado para realizar las acciones necesarias para ejercer el control.

1.2.2.2. El Juicio de Control

Entraríamos aquí en el aspecto que más nos interesa del sujeto, ya que el Juicio de Control se refiere al juicio, opinión o dictamen que el sujeto realiza sobre la contingencia entre sus acciones o las de otros (es decir entre el agente y los medios) y los resultados. Podríamos decir que es el juicio que el sujeto realiza respecto al grado de contingencia que cree que existe entre los elementos del recuadro superior de la figura 1 y respecto a la disponibilidad de los mismos.

El Juicio de Control puede ser positivo, es decir se percibe control, con lo que hablaríamos de Control Percibido o Percepción de Control, o puede ser nulo, o lo que es lo mismo: Se percibe que no hay control (por ejemplo las cosas ocurren por el azar).

El Juicio de Control viene modulado por diferentes factores y no siempre guarda relación con la realidad objetiva o con el control objetivo. Es un juicio que puede ser falso o ilusorio, pero que salvo algunas excepciones, constituye el aspecto principal para afrontar favorablemente el estrés (Fernández et. al., 1998).

Algunos autores hablan de Juicio de Control Primario o Secundario, siendo el Primario el que se refiere al control del hecho en si mismo, mientras que el Secundario puede interpretarse como el control de las consecuencias o efectos de la situación cuando ésta no puede controlarse (Heckhausen y Schultz, 1995; Rothbaum et. al., 1982), como la aceptación de la situación a través de confiar en la suerte, el destino o Dios, o como la reinterpretación del suceso desde una perspectiva más positiva (Thompson, Nanni y Levine, 1994). El Primario, en general, implica acción y el Secundario implica aceptación (Skinner, 1996). Aunque el Juicio de Control Secundario es una estrategia pasiva, se considera diferente de la ausencia de control o la Indefensión, porque supone la creencia de que algún aspecto de la situación puede mejorar a través de la aceptación. Éste es especialmente importante cuando el sujeto realmente puede hacer poco para mejorar la situación. También puede ser objetivo o ser una percepción personal del sujeto.

Aunque en general las personas prefieren controlar, existe una minoría que prefiere no hacerlo. Estos individuos son los negadores, evitadores o represores, a los que un aumento en el control de la situación les provoca mayor ansiedad, aunque aumente su eficacia real (Fernández y Edo, 1994).

1.2.2.2.1. La Autoeficacia

Ya hemos visto que el Juicio de Control es el juicio que el sujeto realiza sobre la contingencia entre las acciones y las consecuencias. Este juicio puede ser ilusorio (no se corresponde con la realidad) y es uno de los aspectos que se presenta en los diferentes artículos como el elemento principal que favorece un afrontamiento óptimo ante situaciones de estrés (Fernández et. al., 1998). No obstante, la Percepción de Control es una condición necesaria pero no suficiente para producir efectos “saludables”, ya que el sujeto puede no

ejecutar esa conducta que sin embargo cree que tiene efectos sobre la situación. Para que el individuo ejecute esa conducta deben darse al menos dos condiciones: Que los resultados de la ejecución conductual sean valorados como altamente relevantes (lo que hemos denominado como motivación) y que el sujeto crea disponer de la capacidad necesaria para realizarla con éxito lo que constituye la Autoeficacia (Fernández et. al., 1998; Merluzzi, Nairn, Hegde, Martínez, Dunn, 2001)

La teoría de la Autoeficacia de Bandura (1977) se basa en la distinción entre expectativas de resultados, como la creencia de que a un determinado comportamiento le seguirán unas consecuencias determinadas (Bandura, 1977, 1986), y expectativas de eficacia, como la creencia personal de que se es capaz de realizar el comportamiento o comportamientos a los que seguirán determinadas consecuencias, siendo las expectativas de eficacia las que mejor pueden predecir la conducta (Font, 1991).

A partir de los planteamientos de Bandura (1977, 1986), nosotros consideraremos la Autoeficacia como una parte del Juicio de Control y la referiremos únicamente a la percepción subjetiva de que se poseen las capacidades o habilidades para realizar unas acciones determinadas. Lógicamente estas acciones son las que el sujeto juzga como necesarias para conseguir unos resultados, pero cuando hablamos de Autoeficacia sólo nos referimos a las capacidades personales para desarrollar determinadas acciones, donde el agente y el sujeto son el mismo, y no se atiende a las expectativas de resultados. Así, el Juicio de Control sin Autoeficacia difícilmente producirá los efectos saludables deseados (Fernández et. al., 1998).

1.2.2.2. La Ilusión de Control

El Juicio de Control puede coincidir o no con el control objetivo, real. Cuando no se da esta coincidencia podemos encontrar el caso en que se produce una sobrestimación del control real que puede tomar dos formas: O bien se percibe más control del que realmente hay, o bien el sujeto manifiesta una elevada sensación de control en situaciones que realmente son incontrolables, lo que constituiría una Ilusión de Control (Langer, 1975; Skinner 1996).

También puede darse el caso contrario: La subestimación de control, es decir, cuando la persona percibe ausencia de control o menos del que realmente se puede ejercer. Un caso típico de subestimación lo encontramos en el concepto de Indefensión Aprendida de Seligman (1975-a, 1975-b), que se propone como una ausencia de Percepción de Control como resultado de haberse sometido repetidamente a situaciones incontrolables. Seligman (1975-a, 1975-b) propuso que el fenómeno de la Indefensión Aprendida tenía lugar cuando el organismo (animal o humano) aprendía que los refuerzos son independientes de sus respuestas, es decir, habría una ausencia de control sobre sus resultados (incontrolabilidad). Los organismos expuestos a una situación incontrolable aprenden que el resultado no depende de ellos, y esto les lleva, si se dan otras condiciones, a una serie de déficits conductuales, o síntomas de Indefensión, que frecuentemente son interpretados como déficits emocionales, motivacionales y cognitivos. El mismo Seligman (1975-a) dice: *“Una persona o animal están indefensos frente a un determinado resultado cuando éste ocurre independientemente de todas sus respuestas voluntarias”*. En resumen, la Indefensión Aprendida supone unos déficits cognitivos, motivacionales y conductuales, resultado de la exposición prolongada a situaciones incontrolables, que se observa también en situaciones que efectivamente se podrían controlar, y este sería un patrón típico de las personas deprimidas (Rovira, Fernández y Edo, 1998).

Puesto que el Juicio de Control se asocia a una mejor adaptación en cuanto que la persona manifiesta menor alteración emocional, y se considera una respuesta necesaria para volver a un nivel normal emocional y de funcionamiento ante las situaciones estresantes (Taylor y Armor, 1996), se plantea que la sobrestimación o la Ilusión de Control protegen a los sujetos de sufrir síntomas de depresión tras experimentar situaciones estresantes, disminuyendo el grado de decepción o Indefensión (Alloy y Clements, 1992). Las ilusiones optimistas, el afecto positivo, y el bienestar subjetivo y físico operan de manera interdependiente, como un sistema adaptativo (Alloy y Clements, 1992). Al mismo tiempo, la Ilusión de Control es un tipo de respuesta típica de las personas no deprimidas, ya que las personas deprimidas tienden a presentar una respuesta más frecuente de falta de control por lo que están más expuestas también a sufrir mayor alteración emocional (Alloy y Clements, 1992).

Así, al enfrentarnos a situaciones estresantes frecuentemente respondemos con percepciones distorsionadas respecto a nosotros mismos, a nuestra capacidad de control, y con expectativas optimistas sobre el futuro. Estas tres “ilusiones” son las creencias más importantes a la hora de enfrentarnos a la situación comprometida (Taylor y Armor, 1996) y ayudan a la adaptación pues mantienen la esperanza y la autoestima, favoreciendo el afrontamiento (Merluzzi y Martínez, 1997). Un ejemplo de esta distorsión lo encontramos en la comparación social, o sea, al hecho de compararse con otras personas que se encuentran peor teniendo la sensación de que se está afrontando y controlando mejor que los demás (Taylor y Armor, 1996).

Vemos que la sensación de optimismo ante el futuro se relaciona con la Ilusión de Control, pero podemos distinguir dos tipos de optimismo según Schwarzer (1994): El optimismo que supone creer que las cosas volverán a estar bien y el que supone que las cosas volverán a estar bien a causa de los esfuerzos y la habilidad personal. Este segundo optimismo es el que supone tener control y el que se relaciona con una mejor adaptación psicológica.

Resumiendo, diríamos que en general las creencias respecto a las propias habilidades, la percepción de Competencia Personal y de control, junto al optimismo ante el futuro, aunque sean ilusorias, se asocian con un estilo de afrontamiento activo que protege de alteraciones emocionales (Taylor y Armor, 1996).

A pesar de que todo lo mencionado parece indicar que el Juicio de Control aunque ilusorio es positivo para el afrontamiento y la adaptación, existe cierta controversia al respecto. Por un lado, algunos autores plantean que la Ilusión de Control puede ser positiva a corto plazo al reducir los niveles de ansiedad, pero un elevado optimismo o Ilusión de Control puede hacer que la persona no siga las pautas realmente necesarias para afrontar y controlar la situación (Shapiro et.al., 1996), y esto es especialmente negativo a un plazo más largo, ya que en un momento dado la realidad mostrará abiertamente la imposibilidad de control y esta decepción contribuirá a aumentar la ansiedad en mayor medida que si previamente no se hubiera experimentado Ilusión de Control (Taylor y Armor, 1996). Por otra parte, otros autores, para combatir estas afirmaciones, plantean que las personas optimistas son capaces de continuar con su Juicio de Control ante las nuevas situaciones. Es decir, cuando la realidad

muestre la incapacidad de control, desarrollarán otras estrategias que les permitan continuar manteniendo su actitud positiva y de control (Taylor y Armor, 1996).

1.2.2.3. Factores que influyen en el Juicio de Control

El Juicio de Control está modulado por una serie de características o factores. Podríamos destacar como uno de los principales las creencias, dentro de las cuales colocaríamos el Locus de Control y la Competencia Personal. Por otro lado, y a parte de las creencias, nos referiremos al estado de ánimo, como un elemento que influye de manera antecedente sobre el Juicio de Control, y al mismo tiempo lo observaremos como una consecuencia de éste (ver apartado 1.2.2.4).

1.2.2.3.1. El Locus de Control

Rotter introduce, dentro del marco más global de la Teoría del Aprendizaje Social, el concepto de Locus de Control de reforzamiento junto a su escala para medirlo (Rotter, 1954, 1966, 1990). La propuesta básica de esta teoría postula que el comportamiento del sujeto en una situación determinada es una unión de la expectativa personal de que este comportamiento provocará un resultado determinado y el valor que dicho resultado tendrá para el sujeto en esa situación. En este contexto, el Locus de Control de reforzamiento se define como una dimensión con dos polos que presentan diferencias cognitivas y conductuales (Font, 1989). En uno de ellos se encuentra el Locus de Control Interno, que define al sujeto que tiene una expectativa generalizada de que los refuerzos que siguen a una acción están directamente relacionados con su propia conducta; es decir, el Locus de Control Interno implica que el sujeto tiene una tendencia personal a atribuir contingencia entre la propia conducta y la aparición de determinados resultados (Fernández et. al., 1998). En otras palabras, los sujetos que tienen la sensación de control sobre los refuerzos que reciben se denominan personas con Locus de Control Interno (Font, 1989). En el otro extremo se encuentra el Locus de Control Externo, por el que el sujeto cree que los refuerzos que siguen a

una acción están bajo el control de otras personas, o bien están predeterminados, o son incontrolables, pues dependen de las fuerzas del destino y la suerte. El Locus de Control Externo es la tendencia personal a considerar que los refuerzos sólo dependen parcialmente de la propia conducta y, en mayor medida, del azar o de conductas de otras personas (Fernández et. al., 1998). Así, los sujetos que creen que los refuerzos que reciben son independientes de las propias acciones reciben el nombre de personas con Locus de Control Externo (Font, 1989).

El Locus de Control es, pues, una expectativa generalizada, unidimensional, sobre el papel que juega el individuo en la obtención de unos resultados “positivos” (refuerzos) a partir de la ejecución de determinadas acciones; es decir, es la expectativa generalizada acerca de la contingencia entre conducta y refuerzo, o sea, el grado en que un individuo considera que los reforzamientos que recibe son, o no, contingentes con sus acciones (Font, 1989).

A pesar de que, para Rotter, la conducta está multideterminada, y de que en su Teoría del Aprendizaje Social aparecen otros elementos que son necesarios, junto al Locus de Control, para predecir la conducta, muchos investigadores que siguieron las ideas de Rotter utilizaron este constructo de forma aislada, disgregándolo de la teoría a la que pertenecía originalmente y utilizándolo en ámbitos de la Psicología muy diferentes.

Fruto de ello fue el gran desarrollo de estudios sobre el Locus de Control a lo largo de dos décadas y que permitieron llegar a formulaciones más refinadas del mismo (aunque siempre aisladas de la Teoría del Aprendizaje Social). Estas formulaciones se orientaron en torno a dos ejes: El destinado a analizar la unidimensionalidad del constructo, y el orientado a conseguir una mayor especificidad del instrumento de medida, esto es, a lograr versiones que se adapten mejor a contextos concretos (de salud, educativos, etc.) y permitan de esta forma, obtener una mayor potencia explicativa y predictiva del constructo. Todo ello puede resumirse en los siguientes puntos:

a) Sucesivos estudios demostraron que el Locus de Control es multidimensional, y a partir de ellos Levenson (1973-a, 1973-b) postuló tres subescalas de Locus de Control: “Interna”, “Poder de los otros” y “Suerte” que son las actualmente utilizadas en la mayoría de

estudios, aun cuando se sigue utilizando ocasionalmente la escala unidimensional original de Rotter.

b) La formulación de Rotter tenía en cuenta únicamente las consecuencias positivas de la conducta (los refuerzos), pero no establecía nada respecto a la creencia del individuo respecto a la contingencia entre sus conductas y eventos negativos o aversivos. Es Lefcourt (1981) quien amplía el rango de posibilidades del constructo, incluyendo en el mismo todo tipo de consecuencias derivadas de la conducta del individuo, independientemente de que éstas puedan ser consideradas como refuerzos o no.

c) Respecto al desarrollo de escalas que intentan evaluar el Locus de Control de forma específica para medir conductas en ámbitos concretos, el abanico de las mismas es amplísimo. Incluso dentro del ámbito de la salud (y dejando al margen otras áreas como la laboral, educativa, etc.) se pueden encontrar múltiples escalas generales y otras muchas más específicas que abarcan desde la diabetes a la enfermedad coronaria, pasando por la artritis o la hipertensión, entre otras muchas. Diremos únicamente que la escala más utilizada ha sido, posiblemente, la escala general de Locus de Control de Salud de Wallston, que fue originariamente unidimensional (Wallston, Wallston, Kaplan y Maides, 1976) para, después, y siguiendo la tendencia postulada por Levenson (1973-a, 1973-b), convertirse en la conocida Escala Multidimensional de Locus de Control de Salud (Wallston et. al, 1978), con tres ejes: Interno, Poder de los otros y Azar. (En el siguiente capítulo detallaremos la propuesta de Wallston y definiremos el concepto de Locus de Control de Salud).

1.2.2.3.2. La Competencia Personal

La Competencia Personal es una creencia individual y generalizada sobre la capacidad para salir airoso de las situaciones a las que el sujeto se vea sometido. Combina dos expectativas, por un lado, la de conducta o Autoeficacia (“soy capaz de hacer X” o realizar determinada conducta), y por otro lado, la de resultado (“X tendrá como consecuencia lo que quiero, o la conducta me proporcionará lo que yo quiero”) (Wallston, 1992). En definitiva, si uno cree que puede llevar a cabo una conducta, y que esta acción realmente provocará

determinadas consecuencias motivantes para la persona, la probabilidad de emitir la conducta aumentará (Fernández et. al., 1998).

Wallston apoyó este constructo a raíz de los estudios de Pender, Walker, Sechrist y Frank-Stromborg (1990), y de Smith, Dobbins y Wallston (1991), donde se observaba que la Competencia Personal jugaba un papel mediador entre la situación de estrés y el grado de adaptación al mismo, de tal forma que los sujetos que más puntuaban en Competencia Personal eran los que obtenían un mayor grado de adaptación al evento (Fernández, 1999).

La Competencia Personal, en definitiva, es un constructo que integra el concepto de Juicio de Control y el de Autoeficacia, donde el sujeto juzga que la situación puede controlarse y que él posee las habilidades necesarias para llevar a cabo las conductas para conseguirlo y obtener lo que se pretende. La ventaja de este constructo es que constituye un juicio inespecífico (creencia), lo que lo convierte en un "modulador universal" de los juicios del individuo.

1.2.2.3.3. Estados de Ánimo

El estado de ánimo puede actuar de modulador del Juicio de Control y de casi todo lo anterior pues puede sesgar la información objetiva que se recibe. Las personas con un estado de ánimo deprimido pueden interpretar una situación de manera más negativa, alterándose especialmente la Autoeficacia, por lo que vemos que las personas deprimidas presentan una menor Autoeficacia que las no deprimidas (Rey, Blasco y Borrás, 2000; Salovey y Birnbaum, 1989). Asimismo, las personas con un estado anímico ansioso pueden también interpretar una mayor amenaza y al mismo tiempo afectar también a su Autoeficacia. Se ha comprobado la relación existente entre el estado de ánimo y el recuerdo de palabras o de situaciones alegres o tristes (Blasco, Borrás, Bonillo y Fernández, 1997; Fernández, Granero, Barrantes y Capdevila, 1997), viéndose también que el estado de ánimo negativo afecta con pensamientos intrusivos al bienestar y a las estrategias de afrontamientos en pacientes con cáncer (Carver, et. al., 1993), e incluso al sistema inmunitario (Futterman, Kemeny, Shapiro y Fahey, 1994; Knapp et. al., 1992).

1.2.2.4. Las Consecuencias del Juicio de Control

El sujeto con Juicio de Control valora que él, como agente, u otra persona, a través de determinados medios, conseguirá determinados resultados. La consecuencia de este razonamiento determinará lo que realmente haga el sujeto ante una determinada situación y la reacción emocional que experimentará. En general se relaciona el Juicio de Control con la manera de afrontar (Carver et.al., 2000). Así, se mantiene la hipótesis de que en situaciones percibidas como controlables se pondrán en marcha estrategias de afrontamiento activo que se centrarán en el problema, básicamente acciones que permitan controlar el evento o sus consecuencias (esfuerzos por cambiar o actuar sobre el estresor, búsqueda de información sobre la propia enfermedad, seguir las recomendaciones médicas y los tratamientos, activamente resolver los efectos secundarios de los tratamientos y la enfermedad, relajación o meditación), que se asocian a menores niveles de ansiedad y depresión (Carver et.al., 2000; Osowiecki y Compas, 1998), por lo que el estado anímico resultante será bueno, mientras que en situaciones percibidas como incontrolables serán las estrategias de afrontamiento pasivo, centradas en las emociones, las que predominarán (esfuerzos para paliar las emociones negativas escapar, o aceptación resignada), con el resultado de un estado anímico depresivo y ansioso (Skinner, 1996).

Aunque los diferentes estudios no se ponen de acuerdo en definir cual es la mejor fórmula, parece concluirse que en situaciones objetivamente controlables las estrategias centradas en el problema son las más adecuadas, pero no así en situaciones objetivamente incontrolables. Así, la relación entre Juicio de Control, afrontamiento y adaptación se puede perfilar planteando que la mejor adaptación se conseguirá cuando las estrategias de afrontamiento se adecuen a las posibilidades reales de control.

La tabla 2 nos puede servir de orientación respecto a las consecuencias que teóricamente pueden derivarse del Juicio de Control. En ella vemos que el Juicio de Control (positivo) permite mantener un estado anímico estable y poner en marcha mecanismos para afrontar mejor la situación, incluso en el caso en que el control objetivo sea nulo. El caso ideal será cuando coincidan ambos en positivo (control objetivo y Juicio de Control positivo), pues también el afrontamiento será bueno, encaminado a controlar la situación y las consecuencias

de la misma a nivel conductual y cognitivo. Cuando el control objetivo es nulo y el Juicio de Control positivo estaremos ante lo que ya hemos denominado anteriormente como Ilusión de Control, donde el estado anímico será bueno, y posiblemente las estrategias de afrontamiento sean adecuadas, si se basan en paliar las consecuencias negativas del hecho, e inadecuadas si se intenta controlar el hecho objetivamente incontrolable. Cuando nos enfrentamos a una situación de estrés ocurre una interrupción de la conducta normal, aparece una conducta más guiada por las emociones que por los resultados. El afrontamiento busca el volver a establecer una relación instrumental con el entorno. En este caso las creencias de control favorecen la realización de una conducta efectiva y reducen la magnitud y duración de los estados emocionales negativos, es decir, ayudan a que las personas actúen como si no se hubiese producido tal interrupción, lo que implica el mantenimiento de estrategias activas de afrontamiento y poca reactividad emocional (Fernández y Edo, 1994).

Continuando con la tabla 2 observamos que cuando el Juicio de Control es nulo, el efecto en el estado de ánimo será negativo. Así, si el control objetivo es posible pero el juicio es nulo estaremos ante lo que hemos planteado como Indefensión Aprendida, donde el estado de ánimo será malo y también inadecuadas las estrategias de afrontamiento, pues no se centrarán en lo que realmente se puede controlar, o simplemente no se hará nada para controlar. Si se da control objetivo nulo y Juicio de Control nulo, el estado anímico será malo con ausencia de estrategias de afrontamiento, con aceptación resignada o evitación. Desarrollaremos el tema del afrontamiento en profundidad en el capítulo 3.

TABLA 2: CONSECUENCIAS DEL JUICIO DE CONTROL			
CONTROL OBJETIVO	JUICIO DE CONTROL	CONSECUENCIAS: ADAPTACIÓN	
		ESTADO DE ÁNIMO	AFRONTAMIENTO ADECUADO
SI	POSITIVO	BUENO	ADECUADO
SI	NULO (INDEFENSIÓN APRENDIDA)	MALO	INADECUADO
NO	POSITIVO (ILUSIÓN DE CONTROL)	BUENO	DEPENDE
NO	NULO	MALO	INEXISTENTE

1.3. VALORACIÓN Y CONCLUSIONES

En este primer capítulo hemos intentado hacer una aproximación a la Psicología del Control, explicando los diferentes paradigmas y constructos en los que se fundamenta. A la hora de definir los conceptos nos hemos encontrado con una cierta confusión ya que, por un lado, los mismos conceptos se definen de distinto modo en diferentes estudios, y, por otro, se aplican idénticas definiciones a términos diferentes. Es necesario, pues, delimitarlos y definirlos para homogeneizarlos y obtener resultados concluyentes y válidos.

En este sentido, y partiendo de los planteamientos de Skinner (1996), hemos desarrollado una propuesta integradora para delimitar y redefinir los conceptos más

importantes en base a agentes, medios y resultados en situaciones concretas donde el individuo es el elemento básico (figura 1). En nuestra propuesta incluimos y definimos con detalle unos conceptos que nos parecen los fundamentales de la psicología del control: Control Objetivo, Juicio de Control, Ilusión de Control, Indefensión Aprendida, Autoeficacia, Competencia Personal, y Locus de Control. Planteamos, al mismo tiempo, la motivación del sujeto como elemento modulador del Juicio de Control y el estado de ánimo como un factor que influye en el mismo.

Proponemos el Juicio de Control como el elemento fundamental para afrontar situaciones estresantes, incluso cuando no coincide con el control objetivo. En estos casos hablaremos de Ilusión de Control para referirnos a aquellas situaciones en las que el sujeto percibe más control del que realmente se puede ejercer, y de Indefensión Aprendida para referirnos a situaciones en las que el sujeto percibe incapacidad de controlar o un menor control del que objetivamente existe. La Ilusión de Control, en general, se considera positiva pues favorece el afrontamiento y el bienestar emocional, mientras que la Indefensión Aprendida se considera negativa pues ocasiona lo contrario.

No obstante, consideramos el Juicio de Control como una condición necesaria pero no suficiente para afrontar situaciones estresantes, ya que aunque el sujeto juzgue que él u otros, a través de determinadas acciones, pueden controlar la situación, es necesario que el individuo esté motivado por dicha situación. En caso contrario, el Juicio de Control podrá ser una valoración de la situación, pero no un determinante de las conductas o vivencias que el sujeto desarrollará ante la misma.

Asimismo el Juicio de Control está influido por diferentes factores, entre ellos la Competencia Personal, que implica, además de Autoeficacia, la obtención del resultado deseado, y el Locus de Control de reforzamiento, referido al grado en que un individuo considera que las vivencias que experimenta son contingentes con sus acciones.

En resumen, y como hemos señalado anteriormente, el Juicio de Control (y los factores que lo modulan) constituye el principal determinante del tipo de afrontamiento y de la vivencia emocional del sujeto ante una situación concreta. No obstante, hay que tener en cuenta que

esto es, en buena medida, una especulación teórica que debe ser refrendada por la contrastación empírica. En los capítulos siguientes haremos un repaso de la literatura existente en el ámbito de la Psicología de la Salud en general y de la Psicología Oncológica, en particular, para analizar hasta qué punto las ideas expuestas aquí son compatibles con los datos obtenidos en la investigación y, en consecuencia, si el modelo que hemos propuesto es pertinente para integrar los conocimientos existentes y generar cuestiones nuevas y líneas de investigación que permitan una comprensión más completa de las relaciones entre la Psicología del Control y las conductas de salud y el bienestar.

2. IMPLICACIONES DE LA PSICOLOGÍA DEL CONTROL EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD (SITUACIONES DE ENFERMEDAD)

2.1. INTRODUCCIÓN: ENFRENTARSE A LA ENFERMEDAD (EL CÁNCER)

En el capítulo anterior hemos hecho una introducción a la Psicología del Control, planteando los paradigmas básicos en los que se fundamenta, haciendo mención de los múltiples conceptos utilizados en los diferentes estudios, así como de la confusión y cierto caos existente con los mismos, para finalmente proponer un esquema integrador (figura 1), en el que hemos plasmado y definido aquellos conceptos que nos parecen más importantes, y en los que nos basaremos a la hora de estudiar el tema del control en situaciones de enfermedad y concretamente cuando se padece un cáncer.

Ya hemos mencionado anteriormente que en cualquier situación estresante la sensación de pérdida de control contribuye a experimentar reacciones intensas de malestar emocional, y que la recuperación de esa sensación puede ayudar al sujeto disminuyendo esas reacciones y facilitando la adaptación (Taylor y Armor, 1996). En situaciones de enfermedad esta idea es especialmente relevante, por lo que la Psicología del Control se ha estudiado ampliamente en el ámbito de la Psicología de la Salud.

Ante el diagnóstico de una enfermedad grave que amenaza a la vida del sujeto o compromete su autonomía se producen reacciones psicológicas basadas en la ansiedad y la depresión. Podríamos considerar en estos casos que se rompe un curso de acción estable entre el individuo y su entorno, produciéndose una interrupción de la conducta instrumental y apareciendo conductas no guiadas por los resultados sino por los afectos o emociones, creándose un proceso de victimización y vulnerabilidad. Cuando esto sucede es necesario un cambio o nueva adaptación que permita volver a establecer una relación instrumental efectiva con el entorno. Volver a la normalidad implica adaptarse al sentimiento de vulnerabilidad y tener sensación de control sobre el evento negativo.

En el caso concreto de sufrir un cáncer la persona debe hacer frente a una situación estresante que puede desbordarle por los efectos físicos y psicológicos asociados al diagnóstico y a los tratamientos. El cáncer representa una significativa amenaza al bienestar y una considerable fuente de daño personal a nivel de auto-imagen, rendimiento, desarrollo laboral, relación interpersonal y sexualidad.

A pesar de los avances médicos, el cáncer continua siendo una de las enfermedades actuales más temidas ya que además de asociarse con la muerte se percibe como una enfermedad dolorosa y maligna, que va deteriorando al sujeto, delimitando sus capacidades hasta la muerte lenta y consciente. Esta visión popular catastrófica se debe a la mala Calidad de Vida del paciente oncológico, el cual se ve obligado a someterse a tratamientos agresivos y mutilantes, como la mastectomía o la quimioterapia, con desagradables efectos secundarios (Blasco, 1994, 2000; Blasco e Ingles, 1997; Blasco et. al., 2000; Ferrero, 1993). El diagnóstico supone el inicio de un proceso, que acostumbra a ser largo en el tiempo, durante el cual el sujeto deberá enfrentarse a diferentes y numerosos estresores que interfieren en su vida normal, alterando el trabajo, la economía, el ocio y las relaciones familiares. Así, el diagnóstico y las primeras fases del tratamiento se asocian a síntomas de ansiedad, depresión y otras formas de malestar emocional (Osowiecki y Compas, 1998).

Elliot y Eisdorfen (1982) plantean cuatro tipos de estresores a los que debe enfrentarse la persona diagnosticada de cáncer:

-Estresores limitados en el tiempo: Cirugía o algunas pruebas diagnósticas como la biopsia.

-Secuencias de estresores: El conjunto de las pruebas diagnósticas.

-Estresores intermitentes: Tratamientos como la quimioterapia o la espera de resultados de las pruebas en el seguimiento.

-Estresores crónicos: La pérdida de una parte anatómica o el miedo a la recaída.

Los tres primeros tipos son estresores que desaparecerán con el tiempo, pero los crónicos seguirán afectando a la persona a lo largo de su vida, aunque se vea libre de enfermedad. Los estresores crónicos se relacionan con lo que se ha denominado “Síndrome de Damocles” (Koocher y O’Malley, 1981) o el “Apuro Existencial” (Maguire, 1989), que implica el hecho de que la persona pierde la idea de invulnerabilidad personal y debe convivir con el miedo a la recaída durante el resto de su vida. Los seres humanos tenemos un sentimiento de invulnerabilidad, sabemos que existen enfermedades graves, pero pensamos de manera optimista que eso solo sucede a otras personas. El enfrentarse a un diagnóstico de cáncer rompe esa ilusión de invulnerabilidad para dar paso a un sentimiento de victimización por el que el mundo ya no se percibe como benevolente, ni el sujeto se ve a si mismo como especial, afectando todo ello a su Autoeficacia y ocasionando trastornos de ansiedad y depresión.

Tross y Holland (1989) encuentran que los efectos psicológicos de recibir un diagnóstico de cáncer a medio y a largo plazo son: Preocupación por la enfermedad, miedo a la recaída, mayor miedo a la muerte, sentimientos de daño físico, sensación de vulnerabilidad, incertidumbre respecto al futuro, sensación de inadecuación personal, sensación de control disminuida, miedo al rechazo social, ansiedad y depresión. No obstante, algunos autores como Siegel (1990) y Taylor (1983), consideran que las consecuencias serán negativas solo para una minoría, e incluso pueden ser positivas, planteando que el sujeto es capaz de hacer una reestructuración cognitiva de la situación que le permite compensar las desventajas y sacar algo positivo del evento traumático. Hablan de que estos pacientes son capaces de elaborar una reordenación de sus valores y cambiar su actitud hacia la vida, haciéndola más positiva y apreciando mejor el tiempo y las relaciones interpersonales.

En todo caso, enfrentarse al cáncer no es un hecho puntual sino que supone un proceso a lo largo del cual se pueden estudiar diferentes etapas o fases, de duración variable, con determinadas reacciones emocionales (Rowland, 1989):

-Fase inicial: Respuesta inicial de choque y desconcierto, donde se producen reacciones de incredulidad, negación del diagnóstico y un sentimiento de gran desesperanza, anticipando dolor y muerte.

-Fase intermedia: Respuesta de disforia caracterizada por un gran malestar e irritabilidad, con respuestas de ansiedad tales como anorexia, insomnio, falta de concentración, disminución de la actividad cotidiana, rumiación sobre los tratamientos mutilantes y dolorosos, y miedo a la muerte. Se manifiesta también un sentimiento de preocupación por la familia y depresión por no haber realizado determinadas actividades o proyectos, con el temor, y en algunos casos convencimiento, de que ya no se dispone de tiempo suficiente para llevarlos a cabo. En general supone una ruptura con la vida anterior.

-Fase de adaptación: La persona acepta la situación, se manifiesta más optimista y pone en marcha mecanismos de afrontamiento, tales como la recogida de información sobre su caso concreto y la reorganización de su estilo de vida.

En aquellos casos en los que se efectúa una intervención mutilante que provoca una desfiguración física, como en el caso de la mastectomía por sufrir un cáncer de mama, se observa un conflicto dual en la fase post-operatoria en la que, al mismo tiempo que se experimenta euforia por haberse librado del tumor, aparecen sentimientos depresivos causados por la desfiguración. En el caso concreto de la mastectomía se produce una desadaptación a la nueva imagen corporal por falta de la mama, ocasionando sensación de mutilación, pérdida de feminidad y baja autoestima (Salvatierra, 1995).

2.2. EL CONTROL OBJETIVO EN SITUACIONES DE ENFERMEDAD: EL AGENTE, LOS MEDIOS Y LOS RESULTADOS

En situaciones de enfermedad hay cuestiones realmente incontrolables y otras que efectivamente sí pueden ser controladas. El control objetivo se refiere a lo realmente controlable, que lógicamente variará dependiendo de la enfermedad y de la gravedad de la misma.

Basándonos en nuestro esquema de la figura 1, destacaremos en primer lugar al agente, papel que en el caso de enfermedad suele recaer sobre el mismo paciente, el médico, o algún otro miembro del personal sanitario. En segundo lugar, podemos hablar de los medios a través

de los cuales el agente consigue unos resultados. Estos medios variarán dependiendo de quién sea el agente. Así, si el agente que ejerce el control es el médico o diferentes miembros del equipo, los medios se referirán básicamente a la prescripción de tratamientos o fármacos encaminados a obtener un resultado de curación o control paliativo de la enfermedad, sus síntomas y efectos secundarios de los mismos tratamientos. Cuando el agente es el mismo paciente los medios serán las diferentes acciones o estrategias de afrontamiento que éste puede poner en marcha para contribuir a su curación, el control de síntomas o efectos secundarios y su estado anímico. En definitiva, el sujeto como agente intentará controlar el efecto de la enfermedad sobre su salud y sobre su Calidad de Vida.

En general la principal motivación o el objetivo más perseguido por los pacientes será el de curación o eliminación de la enfermedad, pero también puede ser el control del progreso de la misma (enlentecer su progresión), el de controlar los efectos secundarios de la enfermedad y/o de los tratamientos, o el de controlar el estado anímico y mantener unos niveles básicos de actividad, Calidad de Vida, etc. A estos objetivos se puede llegar a través de diferentes medios y diferentes agentes que no serán mutuamente excluyentes, es decir en situación de enfermedad pueden existir varios agentes, y la predominancia de uno sobre otro dependerá del Juicio de Control del sujeto.

En el caso del cáncer éste es un planteamiento perfectamente aplicable, pero los resultados a conseguir, los medios para ello y los agentes pueden variar dependiendo del tipo de cáncer y del estadio de la enfermedad.

2.3. EL JUICIO DE CONTROL EN SITUACIÓN DE ENFERMEDAD

Si el sujeto considera una situación y las consecuencias de la misma como poco importantes para él, no necesitará emitir un Juicio de Control, pero sí en el caso contrario. En el ámbito de la salud partimos de la base de que la motivación por controlar la enfermedad y sus efectos será elevada en la mayoría de los sujetos. Así ante las enfermedades el sujeto emite un Juicio de Control, coincidiendo o no con el control objetivo, respecto al agente o posibles agentes, que a través de unos medios obtendrán unos resultados favorables. Las

interpretaciones del individuo respecto a la posible controlabilidad de la enfermedad y sobre sus capacidades y recursos para ejercerlo (Autoeficacia) influyen sobre su manera de afrontar, favoreciendo la adaptación a través del uso de estrategias efectivas de afrontamiento con poca reactividad emocional (Merluzzi et. al., 2001).

Finalmente nos referiremos al cáncer, donde el Juicio de Control es uno de los elementos fundamentales en la adaptación a esta enfermedad. El Juicio de falta de Control en el cáncer se relaciona con la ansiedad y la depresión (Shapiro et.al., 1996), el Juicio de Control por el contrario, se relaciona con estrategias activas de afrontamiento que favorecen una buena adaptación a la enfermedad con un mejor estado emocional. Por eso en el campo de la Psico-Oncología las líneas de actuación se orientan hacia aumentar en los individuos su sensación de control y Competencia Personal, para que desarrollen estrategias activas de afrontamiento a la enfermedad, consiguiendo así una mejor adaptación con menor reactividad emocional, lo cual desemboca en una mejor Calidad de Vida (Merluzzi y Martínez, 1997).

En el caso de pacientes con cáncer terminal, experimentar control también se correlaciona positivamente con una mayor autoestima, Calidad de Vida y un buen estado emocional (Shapiro et.al., 1996).

Algunos autores también plantean que la actitud mental ante el cáncer y la manera de afrontarlo pueden influir en el pronóstico (Morris, Pettingale y Haybittle, 1992; Pettingale, 1984; Pettingale, Morris, Greer y Haybittle, 1985; Watson, Haviland, Greer, Davidson y Biss, 1999), tema aun hoy en día controvertido y que debería estudiarse en mayor profundidad.

2.3.1. LA ILUSIÓN DE CONTROL Y LA ENFERMEDAD

El concepto de Ilusión de Control en situaciones de enfermedad se referirá en general a la sensación subjetiva de que existen aspectos de la misma que se pueden controlar cuando objetivamente no es así. Podemos hablar entonces de Ilusión de Control por exceso. Pero nos podremos encontrar también con casos en que el paciente sienta que no puede controlar aspectos que sí son objetivamente controlables, o que juzgue que hay menor control del que en

realidad se puede ejercer, a lo que nos hemos referido anteriormente con el término de Indefensión Aprendida y también podríamos denominarlo como una Ilusión de Control por defecto.

Situaciones traumáticas de salud como padecer un cáncer, una enfermedad cardíaca o el SIDA, frecuentemente evocan Ilusión de Control por exceso, con pensamientos de optimismo ante el futuro, interpretaciones respecto a un estado físico más favorable del que realmente se tiene o comparación con otras personas que están peor manteniendo la sensación de que se está afrontando mejor que ellas. Esta adaptación cognitiva favorece el bienestar emocional y se podría considerar como positiva pues contribuye a que la persona efectivamente se encuentre mejor, que pueda restablecer antes su nivel funcional, así como obtener algún beneficio de la situación (Taylor y Armor, 1996). La Ilusión de Control en estos pacientes se asocia a un mejor ajuste psicológico, al potenciar estrategias de afrontamiento activas, un espíritu de lucha y reducir el grado de alteración emocional mientras dura la enfermedad y sus tratamientos (Merluzzi y Martínez, 1997; Taylor y Armor, 1996).

Algunos autores manifiestan que la Ilusión de Control, tanto por exceso como por defecto, no siempre es adaptativa o beneficiosa cuando se padece una enfermedad (Cohen y Lazarus, 1983; Folkman, 1984), pues insistir en actuaciones dirigidas a mantener el control cuando la situación objetivamente es incontrolable puede ser perjudicial ocasionando consecuencias negativas en el estado emocional y la propia salud. Por ejemplo, Helgeson (1992) al aplicar este planteamiento en pacientes crónicos observó que el percibir control es beneficioso siempre que no llegue a ser extremadamente superior al control que realmente se puede ejercer, pues un exceso en la sensación de control puede llevar a una gran decepción y alteración emocional cuando la realidad muestre con una recaída o empeoramiento de la enfermedad que el control juzgado no era real. Así, plantea esta autora que cuando la situación es objetivamente poco controlable el Juicio de Control será poco adaptativo para las personas con mal pronóstico, y en cambio adaptativo para las de buen pronóstico (Helgeson, 1992). Asimismo, un irreal optimismo, que puede ser beneficioso a corto término, o por el contrario la sensación irreal de imposibilidad de control (Ilusión de Control por defecto o Indefensión),

también pueden acarrear consecuencias negativas a la larga al provocar que la persona deje de realizar conductas que promuevan la salud (Shapiro et.al., 1996).

En el campo de la Psico-Oncología también se observa este fenómeno de Ilusión de Control: Los pacientes de cáncer pueden sentirse mejor si mantienen una Ilusión de Control sobre la enfermedad a pesar de que ésta entre en contradicción con la recaída o progresión de la enfermedad (Thompson y Collins, 1995). Taylor y Armor (1996) también observan que las pacientes que sufren un cáncer de mama consideran tener mayor control sobre la enfermedad del que realmente es posible, pero eso les facilita el afrontamiento y el poder mantener un buen estado anímico. Destacan en el afrontamiento de estas pacientes una interpretación positiva de la enfermedad en el sentido de que manifiestan haber obtenido un beneficio secundario de la experiencia, como por ejemplo el poder dedicar más tiempo a relaciones interpersonales, reorganizar sus prioridades y dedicación de menor tiempo a cuestiones de la casa o el trabajo.

2.3.2. FACTORES QUE INFLUYEN EN EL JUICIO DE CONTROL EN SITUACIÓN DE ENFERMEDAD

2.3.2.1. El Locus de Control de Salud

A partir de los planteamientos de Rotter (1954, 1966) y de su cuestionario de Locus de Control, Wallston y sus colaboradores (Wallston et. al.,1978; Wallston y Wallston, 1981; Wallston et. al.,1976) centrándose en el ámbito de la salud propusieron el concepto de Locus de Control de Salud y desarrollaron un cuestionario para evaluarlo: El “Multidimensional Health Locus of Control Scale”. La propuesta de Wallston y sus colaboradores (1981,1976) supone una aplicación de la Teoría del Aprendizaje Social de Rotter, y su supuesto básico es que el potencial de un individuo para involucrarse en una serie de comportamientos de salud es una función multiplicativa entre el grado en que el sujeto cree que sus actos pueden influir en su salud y el grado en que el individuo valora la salud .

El Locus de Control de Salud no se propone como un rasgo de la personalidad sino como algo específico para cada situación de salud y cambiante dependiendo de la situación

(Wallston, 1992). El Locus de Control de Salud Interno es la creencia de que la propia salud depende o puede verse afectada por el comportamiento personal, por las propias acciones o decisiones, mientras que el Externo implica la creencia de que la salud se ve más influenciada por otras personas, la fatalidad, la suerte o la casualidad (Wallston y Wallston, 1981, 1982). Así, las personas con Locus de Control Interno creen que mantienen su salud o enferman como resultado de su propia conducta, y las que tienen Locus de Control Externo serían aquellas que poseen expectativas generalizadas de que su salud depende de factores sobre los que ellas mismas tienen muy poco control, como serían las decisiones y acciones de otras personas “poderosas” (médicos, u otros profesionales de la salud, con instrucciones, recomendaciones y prescripción de tratamientos y medicamentos), o el destino y la suerte (Font, 1989). El Locus de Control de Salud Interno y el Externo referido a otras personas “poderosas” son creencias que favorecen la adaptación a la enfermedad pues implican sensación de control y se asocian a un mejor bienestar psicológico en comparación al Locus de Control de Salud Externo referido al azar, que implica ausencia de control y se relaciona con la Indefensión (Font, 1989; Jenkins y Burish, 1995; Wallston, 1992).

Aunque en general, cuando la persona padece una enfermedad grave acostumbra a relegar el control a los médicos, es decir se manifiestan creencias de Locus de Control de Salud Externo centrado en el médico, dependiendo de la realidad esto será adaptativo o no. Para ilustrarlo pongamos ejemplos de diferentes enfermedades:

- Empezaremos por las enfermedades coronarias, y concretamente por el infarto de miocardio, donde hay tres tratamientos básicos a seguir tras haberlo padecido y conservar la vida: Angioplastia, By-Pass o seguir una medicación con determinados cambios en el estilo de vida. Los dos primeros son susceptibles de control por otras personas como los médicos (Control Externo) pues suponen someterse a una intervención quirúrgica, mientras que el tercero lo es del propio paciente (Control Interno) a través de dejar de fumar, cambiar o mejorar la dieta o practicar ejercicio, y son estas cuestiones del estilo de vida las que realmente influyen en la recuperación o recurrencia (Helgeson, 1992). Vemos que dependiendo de la gravedad de la enfermedad y del tipo de tratamiento a seguir el control objetivo es diferente así como el agente y los medios. Así, en aquellas situaciones en que el agente que puede

ejercer el control sea el paciente, aquellos individuos que en su Juicio de Control tengan creencias de Locus de Control de Salud Interno, es decir, que sientan que pueden ejercer control sobre su enfermedad, pondrán en marcha este tipo de conductas para obtener un resultado positivo.

•Un segundo ejemplo lo encontramos en la enfermedad reumatoide, donde el sujeto no puede controlar el curso de la enfermedad pero sí los síntomas (Helgeson, 1992). La artritis reumatoide es una enfermedad común, autoinmune, inflamatoria, progresiva, crónica, incurable, que aunque no pone en peligro la vida del paciente, supone sufrir desagradables síntomas físicos: Dolor intenso, fatiga y desfiguración (Pastor, 1999). Su pronóstico es variable y frecuentemente se presenta de manera intensa en determinados periodos de tiempo y remite para volver a aparecer. La impredecibilidad junto a los síntomas previamente mencionados son los elementos estresantes de esta enfermedad, que hacen que de forma frecuente aparezcan problemas emocionales, sobre todo relacionados con la depresión (Pastor et.al., 1999). Es importante también que el paciente participe en la decisión de tratamiento, ya que los tratamientos tienen efectos secundarios y se deben adaptar a cada caso. Se habla de una negociación entre médico y paciente que es favorecedora del Juicio de Control que permitirá mantener un mejor estado anímico. Cuando los pacientes de artritis reumatoide juzgan que ellos pueden controlar los síntomas de su enfermedad (Locus de Control de Salud Interno), especialmente cuando ésta es severa el ajuste es bueno y presentan menores síntomas de ansiedad y especialmente depresión (Pastor, 1999), así como menor alteración de la vida cotidiana (Affleck, Tennen, Pfeiffer y Fifield, 1987) que cuando el Locus de Control es Externo. Por el contrario, intentar controlar el curso de la enfermedad, especialmente si ésta es severa, se asocia a una mala adaptación, pues ya hemos comentado que es una enfermedad crónica, incurable y de aparición intermitente e impredecible. Percibir control de los médicos sobre el curso de la enfermedad (Control Externo) es más adaptativo. Esta es una situación en la que mantener una Percepción de Control selectiva (interna para determinados aspectos y externa para otros) es adecuado, ya que hay cuestiones de la enfermedad que la persona puede controlar (los síntomas de cada día, escoger el tratamiento), otras que controla el médico (parte del curso de la enfermedad) y otras fuera de control (Affleck et. al., 1987).

•Un tercer ejemplo nos lo proporciona un estudio de Thompson et. al. (1994) con pacientes infectados de SIDA, donde se observa que es más positivo en estos casos, como protección ante la depresión, el Juicio de Control sobre las consecuencias de la enfermedad que sobre la enfermedad misma, tanto si el agente es el sujeto como si lo es el médico.

•En relación al cáncer:

-Taylor, Lichtman, y Wood (1984) con pacientes con cáncer de mama concluyeron que el Locus de Control de Salud Interno o el Externo centrado en otras personas poderosas se asocia a un mejor ajuste emocional.

-Font (1989, 1991) en un estudio también con pacientes de cáncer de mama observó que el Locus de Control de Salud se relacionó más con la valoración subjetiva de la gravedad de la enfermedad que con la situación objetiva real. Entre sus pacientes predominaban las creencias de Locus de Control Externo centrado en los médicos y el tratamiento. Concluyó que tanto el Locus de Control Interno como el Externo centrado en otras personas se relacionaban con un mejor bienestar tanto físico como psicológico. Concretamente, el Locus de Control de Salud Interno y elevadas expectativas de Autoeficacia se relacionaron con menores síntomas de dolor, de miedo, de ansiedad y en general una valoración más positiva del día a día .

-En relación nuevamente al cáncer de mama, Bundeck, Marks y Richardson (1993) realizaron un estudio con población hispana (mujeres mayores hispanas residentes en Los Ángeles) para estudiar sus patrones de salud, porque observaron que las mujeres hispanas tenían peor pronóstico cuando se les detectaba un cáncer de mama ya que acudían demasiado tarde. Constataron que la muestra hispana presentaba un mayor componente o tendencia externa en su Locus de Control de Salud, lo que se relacionaba con menos auto-exploraciones mamarias, al contrario de lo que sucedía con el Locus de Control de Salud Interno, viendo que las mujeres con éste la realizaban más a menudo y prestaban más atención a las informaciones relacionadas con la salud y el cáncer de mama. Asimismo, la revisión ginecológica es un comportamiento que se relacionó con el Locus de Control de Salud Externo centrado en otras personas. En cualquier caso, siempre observaron que el Locus de Control de Salud Interno y el

Externo centrado en otras personas se relacionaba con sensación de control y mejores actitudes de salud que cuando el control se dejaba a la suerte o al azar.

-Asimismo, Bremer, Moore, Bourbon, Hess y Bremer (1997) encuentran que el Locus de Control de Salud Interno en pacientes africanas con cáncer de mama se asocia a un mejor estado anímico y mejor Calidad de Vida que el Locus de Control de Salud Externo basado en ausencia de control o control del azar.

-Finalmente, Kreitler, Kreitler, Chaitchik, Shaked y Shaked (1997) también con pacientes de cáncer de mama, observaron que el Locus de Control de Salud Interno se asociaba a un mejor estado psicológico en estas pacientes, por relacionarse con una forma activa de afrontamiento: Aquellas personas que pensaban que los acontecimientos dependían de ellas mismas y de su propio comportamiento tenían más tendencia a recoger información sobre su salud, actuar para mejorar sus hábitos al respecto, o prevenir problemas de salud.

-Jenkins y Burish (1995) estudiaron pacientes con cáncer de diferentes naturalezas que recibían tratamiento a base de quimioterapia, viendo que el Locus de Control de Salud Interno y el Externo centrado en otras personas se relacionaban con un mejor bienestar psicológico, observándose también menores síntomas de náuseas y ansiedad y mejor humor. En general las personas con sensación de control mostraban menos malestar emocional y menos hostilidad que los no controladores. Los que centran el control en otros presentan menos síntomas a causa de la quimioterapia. Parece que el Locus de Control de Salud Interno por tanto, no es lo mejor para los pacientes que reciben este tratamiento, mientras que el Locus de Control de Salud Externo centrado en otros puede ser la creencia más beneficiosa.

Finalmente, el Locus de Control de Salud es un constructo a tener en cuenta en la adaptación al cáncer, junto a variables contextuales como la severidad de la enfermedad o la historia de tratamientos anteriores. Andrykowski y Brady (1994) estudiaron a sujetos que estaban siendo evaluados para recibir un trasplante de médula ósea por sufrir una leucemia. Se proponían estudiar estas cuestiones como moderadores en la relación entre el Locus de Control de Salud y el malestar psicológico. Así, los pacientes candidatos a un trasplante de médula con elevadas creencias en el control de otros y con un historial de fracaso en el

tratamiento de su enfermedad, eran quienes evidenciaban un mayor malestar psicológico. Por lo tanto, la asociación entre creencias de control en los otros y el malestar emocional es más pronunciada en niveles de enfermedad más severos. Por el contrario, este control protege de sufrir alteración emocional en personas que no han experimentado fracasos en los tratamientos anteriores.

2.3.2.2. La Competencia Personal

Otro elemento situado dentro de las creencias será el de Competencia Personal. Como hemos mencionado anteriormente, Wallston y sus colaboradores (Wallston et. al., 1978; Wallston et. al., 1976) propusieron e impulsaron la difusión del constructo denominado Locus de Control de Salud, así como la escala que lo medía, a partir de aplicar la Teoría del Aprendizaje Social, y concretamente del constructo de Locus de Control de Rotter al campo de la salud. Más adelante, el mismo Wallston, tras revisión de sus trabajos en el año 1992, recomendó el abandono del concepto de Locus de Control de Salud por la insuficiencia de resultados que había ofrecido, para dar paso al de Competencia Personal, constructo que integró el concepto de Juicio de Control y el de Autoeficacia.

Wallston (1992) propone que para que el individuo se involucre en determinados comportamientos de salud primero debe entender la salud como un bien importante, segundo, creer que los hábitos o acciones personales pueden influir positivamente en la salud, y tercero, especialmente importante, creer que él es capaz de realizar esas conductas saludables (Fernández, 1999; Fernández y Edo, 1994; Wallston, 1992).

Cuanto más se valore la salud más motivación habrá para hacer algo que permita conservarla, especialmente en situaciones comprometidas. También, cuanto más espere la persona que sus comportamientos saludables favorezcan resultados positivos, más se efectuarán éstos (Wallston, 1992). Es decir, unas expectativas de eficacia elevadas parecen ser una condición necesaria para que la persona emprenda acciones para proteger su salud. La Competencia Personal asimismo, no asegura ni produce directamente la adaptación, pero las

personas con alta Competencia Personal tienden a afrontar el estrés de manera activa y por lo tanto se adaptan mejor (Fernández, 1999).

2.4. LAS CONSECUENCIAS DEL JUICIO DE CONTROL EN SITUACIONES DE ENFERMEDAD

2.4.1. EL AFRONTAMIENTO A LA ENFERMEDAD

Ante la enfermedad el sujeto emite un Juicio de Control que dará lugar a unas consecuencias. Podríamos entender las estrategias de afrontamiento a la enfermedad que pone en marcha el sujeto como una consecuencia de su Juicio de Control. Cuando la persona juzga que algo puede hacerse para controlar su enfermedad y sus síntomas, ya sea ella el agente o los médicos, adoptará determinadas estrategias de afrontamiento para llevarlo a cabo, aunque su sensación sea ilusoria y no coincida del todo con la realidad.

Las formas más adaptativas a largo plazo de afrontar el estrés provocado por la enfermedad son las que se relacionan con el máximo grado de control, tanto sobre la situación (control conductual), como sobre las propias emociones (control cognitivo), especialmente cuando se padece una enfermedad grave. Vemos por tanto que aquellas personas que creen que hay algo que puede hacerse sobre su enfermedad o el estrés que ocasiona muestran una mejor adaptación (Shapiro et.al., 1996).

Cuando la persona percibe que posee un cierto grado de control, pone en marcha esfuerzos y acciones para conseguir unos resultados o modificar una situación aversiva, evidenciando actitudes de optimismo, interés, atención, y reacciones de búsqueda de información, planificación, solución de problemas, orientación hacia la acción, etc. Esto supone un modo de afrontamiento asertivo, instrumental y de espíritu de lucha. Por el contrario, cuando se juzga el control como imposible, se observan actitudes y reacciones de confusión, escape, negación, retraimiento, evitación, pasividad, con pesimismo, depresión o ansiedad, lo que da lugar a un estilo de afrontamiento pasivo con indefensión, desesperanza, resignación, fatalismo o evitación (Folman y Greer, 2000; López-Roig, Neip, Pastor, Terol y Castejón,

1999; Shapiro et.al., 1996). El mejor ejemplo de este segundo supuesto lo encontramos en el constructo de Indefensión Aprendida de Seligman (1975-a, 1975-b) que es el resultado de una exposición continuada y prolongada a situaciones incontrolables (Skinner, 1996). En general las ideas respecto al Juicio de Control y a las propias habilidades, junto al optimismo ante el futuro aunque sean ilusorias se asocian a estrategias activas de afrontamiento, que protegen al sujeto de sufrir alteraciones emocionales (Taylor y Armor, 1996).

En el capítulo 3 desarrollaremos en profundidad el tema de las estrategias de afrontamiento a la enfermedad y el cáncer.

2.4.2. LA RESPUESTA INMUNOLÓGICA

2.4.2.1. Estudios con animales

Estudios de laboratorio con animales sugieren que el control es un importante mediador psicológico en la relación entre el estrés y la respuesta inmunológica. Para estudiar este tema frecuentemente se han realizado experimentos donde se somete a los animales a descargas eléctricas, y mientras unos pueden escapar otros no. Los que no pueden escapar muestran severos déficits para aprender a evitar otras situaciones o estímulos aversivos, se hacen sumisos al competir por la comida, fracasan al intentar escapar de situaciones frustrantes y muestran menos agresividad cuando soportan descargas adicionales. A nivel fisiológico los animales sometidos a la incapacidad de escapar ante descargas eléctricas presentan una importante reducción de catecolaminas en el sistema nervioso central, activación del eje hipotalámico-pituitario-adrenal, reducción de peso y ulceración gástrica, además de una pobre respuesta inmunológica en comparación con la que presentan los animales que pueden escapar de las mismas descargas (Keller, Weiss, Schleifer, Miller y Steiun, 1981; Laudenslager, et.al., 1983; Maier y Laudenslager, 1988; Monjan y Colector, 1977; Schleifer, Keller, Camerino, Thorton y Stein, 1983; Visintainer, Seligman y Volpicelli, 1983; Visintainer, Volpicelli y Seligman, 1982). Cuando un animal es expuesto a un estresor, la activación estimula la hormona adrenocorticotrópica y se provoca una activación adrenocortical. Esto causa la inmuno-supresión, que será mayor cuanto más activado se encuentre el animal. Los sujetos

sometidos a un estrés inescapable se ven más activados, como se indica por sus respuestas emocionales y cambios fisiológicos que los que se pueden escapar del mismo (Visintainer et al., 1983; Visintainer et al., 1982).

Otros estudios también mantienen la idea de una reducción de la efectividad del sistema inmunitario en animales después de haber sufrido otros eventos estresantes incontrolables. Por ejemplo, Monjan y Colector (1977) encontraron que un sonido estresante incontrolable provocaba una supresión de células T y B en ratones. Keller et. al. (1981) encontraron que la supresión de la función de los linfocitos en ratones se relacionaba con la intensidad de la estimulación aversiva.

En relación al crecimiento de tumores malignos, Sklar y Anisman (1979, 1981) encontraron que el crecimiento de un tumor era más rápido en ratones que recibían una descarga eléctrica inescapable que los que la recibían escapable. Visintainer et.al. (1983) y Visintainer et.al. (1982) determinaron que una descarga eléctrica inescapable bloquea determinados mecanismos, disminuyendo la capacidad inmunitaria de reducir el tumor, además observó una reducción en el tamaño de los tumores y una desaparición de ellos cuando la descarga era escapable.

2.4.2.2. Estudios con humanos: Estrés y cáncer

En animales se observa que situaciones donde no hay posibilidad de control dan como resultado un estado físico alterado y concretamente una disminución en el funcionamiento inmunológico, lo que puede contribuir a la aparición de enfermedades donde el correcto funcionamiento del sistema inmunitario sea esencial para combatirlas.

Demostrar lo mismo con humanos es mucho más complicado pues la influencia que las variables psicológicas pueden tener en el desarrollo y mantenimiento de las enfermedades es difícil de determinar: Los estados psicológicos pueden preceder el inicio de una enfermedad como el cáncer, ser el resultado del mismo, u ocurrir al mismo tiempo. Por esta razón se ha experimentado con animales donde se pueden manipular los factores psicológicos.

Aunque tradicionalmente los acontecimientos estresantes se han relacionado sólo con desórdenes psicosomáticos, también se han visto recientemente implicados en la provocación o exacerbación de condiciones patológicas en las que la disfunción del sistema inmunológico juega un papel decisivo. Este grupo incluye enfermedades infecciosas, trastornos autoinmunes, alergias y cáncer (Futterman et.al., 1994; Irwin y Anisman, 1986; Knap, 1992). En la figura 2 observamos que los estresores provocan alteraciones en los neurotransmisores, los cuales pueden influir sobre el estado de la enfermedad directamente actuando sobre los tejidos diana del sistema inmunitario, o influyendo en la actividad neuroendocrina, la cual, a su vez, afecta a los procesos inmunes. Además, el sistema inmunitario suministra información sobre la actividad patogénica al sistema nervioso central. Las reacciones del organismo al estresor son mediadas por factores como la intensidad del estímulo y su control, la edad, la historia genética y de estrés del huésped. Igualmente estas variables median la capacidad del huésped para desarrollar una respuesta inmune a la estimulación del patógeno (Irwin y Anisman, 1986).

Numerosos estudios evidencian que el estrés puede influir significativamente en la susceptibilidad y resistencia al cáncer y también en su curso evolutivo, ya que provoca una alteración de la actividad neurotransmisora y neuroendocrina (Cox, 1986; Fauman, 1982) (figura 3).

Para que el cáncer pueda desarrollarse en primer lugar, las células normales deben transformarse en malignas a causa del código genético, mutaciones espontáneas o exposición a un carcinógeno. En segundo lugar, debe darse un fallo del sistema inmunitario (linfocitos T y B, macrófagos, anticuerpos y células destructoras naturales-NK), por lo que no se reconocen ni destruyen las células mutantes proliferando el tumor y la progresión de la enfermedad neoplásica (figura 4). Las células malignas pueden trasladarse a través del sistema sanguíneo y linfático a otras partes del cuerpo dando lugar a metástasis o tumores secundarios (Fidler, 1978; Penn, 1981).

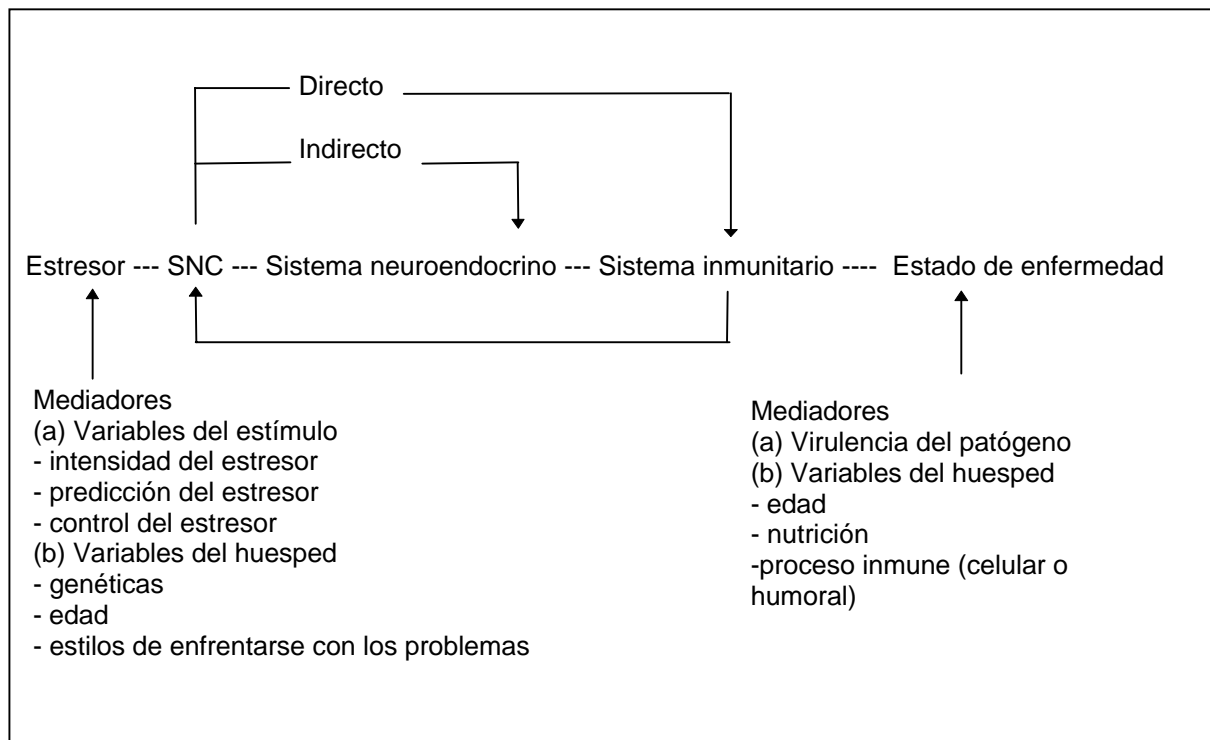


Figura 2: Modelo de Irwin y Anisman (1986) sobre la relación entre estrés y enfermedad.

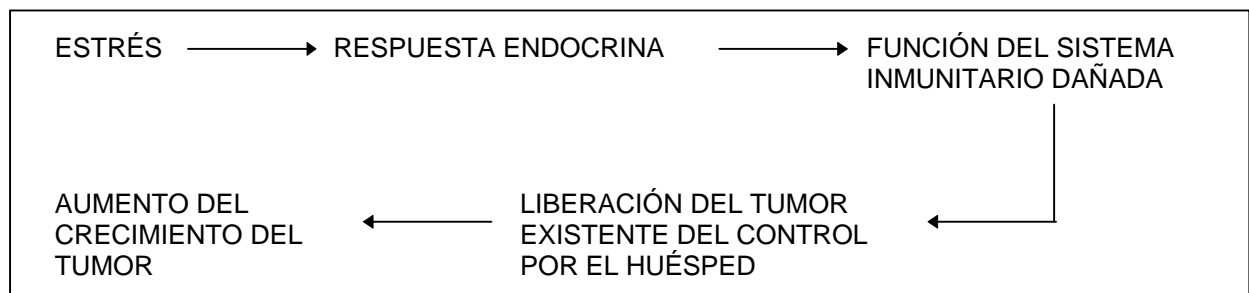


Figura 3: Hormonas sensibles al estrés, competencia inmunitaria y cáncer (Cox, 1986).

A. FAGOCITOS

Neutrófilos (absorción y acción citotóxica)

Monocitos-macrófagos (fagocitos, presentación de antígeno a los linfocitos y acción citotóxica)

B. LINFOCITOS

Célula T (acción citotóxica)

Célula B (producción de anticuerpos)

Otros con inclusión de las células supresoras naturales

C. INMUNIDAD HUMORAL

Anticuerpos (IgG, IgM, IgA)

D. OTROS FACTORES

Factores del componente sérico

Interferón

Figura 4: Componentes de las defensas del huésped contra los microorganismos (Cox, 1986).

Así, la inmuno-supresión es uno de los factores que se relaciona con el cáncer: El sistema inmunitario es una importante línea de defensa ante el cáncer y las metástasis. Dos mecanismos inmunológicos se ven implicados en la defensa del organismo contra los tumores: El primero, después de que se haya establecido el tumor primario, intenta destruirlo y frenar su crecimiento; el segundo, pretende evitar la formación de las metástasis destruyendo las células que intentan establecerse en otros lugares y que parten del tumor primario.

En los humanos la inmuno-supresión se ha observado en situaciones en que el malestar psicológico es elevado, especialmente en situaciones de duelo o pérdida (Futterman, 1999; Visintainer et al., 1983; Visintainer et al., 1982). De entre los acontecimientos estresantes que se han mencionado como favorecedores del desarrollo y crecimiento del cáncer destacan: La muerte del cónyuge o de un familiar cercano, la separación marital, interrupción de una

actividad gratificante (quiebra comercial, pérdida del trabajo o jubilación) (Flórez, 1994). Todos ellos relacionados con el factor desolación y desesperanza. También se observa inmunosupresión en situaciones en que el Juicio de Control y la Competencia Personal son bajos, junto a un Locus de Control Externo (Shapiro et.al., 1996). Así, por ejemplo, en algunos estudios con pacientes que padecen un cáncer o enfermedades coronarias se observa que el Juicio de Control puede influir en las recaídas y en la propia supervivencia (Shapiro et.al., 1996). Vemos, por tanto, que el Juicio de Control parece influir tanto en la salud mental como física, pues los estados psicológicos que están implicados con la pérdida de control, como la Indefensión, sensación de pérdida, y depresión, se asocian con un incremento en la incidencia del cáncer, tanto con el inicio de un cáncer, como con su rápida progresión (Thompson y Collins, 1995)

2.4.2.3. Estudios con humanos: Supervivencia y cáncer

Por lo dicho en los puntos anteriores cabría pensar que las personas con Juicio de Control que manifiesten adecuadas estrategias de afrontamiento y conserven un buen estado anímico tendrán más probabilidades de sobrevivir a la enfermedad. Mencionaremos algunos estudios que investigan en esta línea:

- Cwikel, Behar y Zabora (1997) hacen una revisión bibliográfica de los diferentes estudios que han analizado la supervivencia en relación al cáncer y concluyen que ésta puede mejorar cuando el estado anímico es bueno, las estrategias de afrontamiento adecuadas y el soporte emocional-social consistente, contribuyendo todo ello a un mejor funcionamiento del sistema inmunitario.

- Por su parte, Spiegel (1992, 2001) y Spiegel, Bloom, Kraemer y Gottheil (1989) realizan un estudio con pacientes que padecen cáncer de mama avanzado, con metástasis y observan que aquellas personas que han seguido terapia psicológica tienen una mayor supervivencia postulando que eso se ha conseguido al reducir sus sentimientos de aislamiento,

y aumentar su sensación de control ante la enfermedad, contribuyendo todo ello a un más activo funcionamiento de su sistema inmunitario. Spiegel (2001) relaciona la mayor supervivencia también al tipo de afrontamiento y concluye que aunque no esté claro cómo la actitud, el apoyo social y la intervención psicológica influyen en la progresión de un cáncer la relación entre ellos es clara.

- En los trabajos de Fawzy y sus colaboradores (Fawzy et. al., 1990; Fawzy y Fawzy 1998; Fawzy, Fawzy, Arndt y Pasnau 1995; Fawzy et. al. 1993; Fawzy, Fawzy y Wheeler 1996) con pacientes que sufren de melanoma, también se observa una mayor supervivencia tras haber realizado terapia psicológica, la cual tuvo como resultado una mejoría de la respuesta inmunológica al medir las células “Natural Killers”.

- Tschuschke et.al. (2001) también afirman que variables psicosociales influyen en la supervivencia de pacientes con leucemia sometidos a un trasplante de médula y la importancia para ello de los tratamientos psicológicos encaminados a aumentar las estrategias de afrontamiento.

- Greer, Moorey y Baruch (1991) observaron en sus estudio con mujeres que padecían cáncer de mama una mayor supervivencia a los cinco, diez y quince años, entre las que presentaban estrategias de afrontamiento basadas en el Espíritu de Lucha y en la Negación, éstas también eran las que mostraban menores alteraciones emocionales. Se considera que en la estrategia de Espíritu de Lucha subyace la Percepción de Control, y que en la Negación no se plantea si está o no porque no se percibe amenaza.

- Levy, Herberman, Lippman, D’Angelo y Lee (1991) también vieron que entre sus pacientes de cáncer de mama, aquellas que mostraban estrategias de afrontamiento caracterizadas por la búsqueda de apoyo social tenían una mayor actividad de las células “Natural Killer” en los siguientes 15 meses de seguimiento y que esto era un importante

predicador de la recurrencia a los 5-7 años, viéndose mayor relación entre las que presentaban una recurrencia y los estados anímicos alterados.

- Gruber y sus colaboradores (Gruber, Hall, Hersh y Dubois, 1988) estudiaron el efecto del entrenamiento conductual sobre el sistema inmunitario en un grupo de 10 pacientes que padecían cáncer metastásico a lo largo de un año, viendo que al final del tratamiento algunas mediciones del sistema inmunitario habían aumentado, lo que correlacionaba con cambios en sus niveles de control.

- En otro estudio con pacientes de cáncer de mama Gruber et. al. (1993) observaron que tras el tratamiento psicológico se produjeron cambios en el estado psicológico (reducción de los niveles de ansiedad), y mejoraron algunos parámetros del sistema inmunitario (actividad de las células “Natural Killer”, respuesta y número de linfocitos).

- Epping-Jordan, Compas y Howell (1994) en un estudio con 66 pacientes que padecían diferentes tipos de cáncer, concluyeron que las estrategias de afrontamiento basadas en no afrontar el problema, sino en evitarlo activamente, mostraban una relación directa con la progresión de la enfermedad al cabo de un año. Los autores justifican esa relación postulando que la progresión podría deberse a un mal funcionamiento del sistema inmunitario debido al mantenimiento de la alteración emocional causado por las conductas de evitación, y, también como consecuencia de éstas, a un menor cumplimiento o abandono de los tratamientos curativos.

2.5. VALORACIÓN Y CONCLUSIONES

Sin duda para el ser humano el sufrir una enfermedad grave, incapacitante y dolorosa, y que pone en peligro la vida supone enfrentarse a un hecho estresante y difícil de afrontar. Las reacciones emocionales que frecuentemente aparecen, y en ocasiones de manera intensa, son la depresión y la ansiedad, que pueden asimismo interferir en el modo de afrontar y en la

recuperación. Ese es el caso del cáncer de mama, en el que la paciente debe enfrentarse a diferentes tipos de estresores como son el mismo diagnóstico, la intervención quirúrgica mutilante y los tratamientos a seguir, cuyos efectos secundarios acostumbran a ser incapacitantes, se alteran considerablemente el bienestar y la Calidad de Vida. En esas situaciones, poseer un Juicio de Control positivo; es decir, considerar que algún agente tiene medios para resolver la situación, es un elemento necesario para el adecuado afrontamiento y el mantenimiento de un estado anímico positivo.

Por otro lado, como factores influyentes en el Juicio de Control hemos mencionado el Locus de Control de Salud, donde el Locus de Control de Salud Interno es la creencia de que la propia salud depende o puede verse afectada por el comportamiento personal, por las propias acciones o decisiones, mientras que el Locus de Control Externo, por una lado, puede estar centrado en otras personas “poderosas” (implica la creencia de que la salud se ve más influenciada por las acciones de otros, como sería el equipo médico), y por el otro, centrado en la fatalidad, la suerte o la casualidad.

También nos hemos detenido en el concepto de Competencia Personal como elemento fundamental en la adaptación a la enfermedad, que no solo implica el juicio personal sobre la capacidad para controlar una situación de enfermedad, sino también el que el sujeto perciba poseer las habilidades necesarias para llevar a cabo las acciones que efectivamente den lugar a la consecución de ese control y de los resultados favorables deseados.

Finalmente, en este capítulo hemos hecho referencia a las estrategias de afrontamiento a la enfermedad como una consecuencia del Juicio de Control, planteando que cuando éste se da las maneras de afrontar que se ponen en marcha son más adecuadas para mantener un buen estado emocional. Al mismo tiempo, aunque este no sea el tema central de nuestro trabajo, hemos revisado algunos estudios que postulan la idea de que las personas con Juicio de Control que manifiesten adecuadas estrategias de afrontamiento y conserven un buen estado anímico tendrán más probabilidades de sobrevivir a la enfermedad.

Extrapolando estas consideraciones generales a otros ámbitos, podemos plantear que el Juicio de Control en Psico-Oncología supone que el paciente interprete la posibilidad de

control de la enfermedad y de sus síntomas, por parte de un agente, que puede ser él mismo o el equipo médico, quien a través de unos medios consiga unos resultados favorables. En este contexto se habla también, como en otros ámbitos de la Psicología del Control, de Ilusión de Control sobre la enfermedad y sus efectos, y de Indefensión Aprendida. La Indefensión Aprendida se considera inadecuada para obtener una buena adaptación a la enfermedad, mientras que el caso de la Ilusión de Control no es tan claro y debe matizarse, pues, aunque en general permite mantener estrategias de afrontamiento activas, en ocasiones la sensación excesiva de control sobre una situación objetivamente incontrolable puede dar lugar a actitudes poco adecuadas para la buena adaptación o para la misma recuperación física. En consecuencia, debemos analizar con más detalle el papel de las estrategias de afrontamiento y el concepto de adaptación en el ámbito de la Psicología Oncológica a fin de concretar las relaciones entre ambos aspectos y también hasta qué punto son susceptibles de integración dentro del esquema de la Psicología del Control que hemos expuesto en el capítulo 1.