

## Percepción de control en el síndrome fibromiálgico: variables relacionadas

Maite Martín-Aragón Gelabert, M. A. Pastor, A. Lledó, S. López-Roig, M. C. Terol y J. Rodríguez-Marín  
Universidad Miguel Hernández

**Objetivo:** Evaluar el efecto de variables sociodemográficas y clínicas sobre las creencias de control, y la relación de éstas últimas con el estado de salud de las personas con fibromialgia. **MÉTODO:**  *sujetos:* 73 mujeres con fibromialgia.  *Instrumentos:* Cuestionario Multidimensional de Locus de Control de Dolor (Pastor y cols., 1990), Cuestionario de Autoeficacia en Dolor Crónico (Martín-Aragón y cols., 1999), Escala de Competencia Percibida en Salud (Pastor y cols., 1997), Perfil de las Consecuencias de la Enfermedad (Badía y Alonso, 1994), Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (Terol y cols., 1997). **RE-SULTADOS Y CONCLUSIONES:** 1) Autoeficacia y Competencia Percibida se relacionan significativa y negativamente con la edad. 2) El grupo de mayor nivel educativo presenta puntuaciones significativamente más altas en Locus de control interno. 3) Falta de relaciones o diferencias significativas de la percepción de control con el tiempo de padecimiento del problema y con el número de servicios consultados. 4) Se sugiere un papel diferencial de las creencias de control en las distintas dimensiones del estado de salud.

*Control perception in fibromyalgia syndrome: related variables. AIM:* To assess the effect of socio-demographic and clinical variables on control beliefs, and the relation of the latter with health status in Fibromyalgia patients. *METHOD:* Subjects: 73 women with Fibromyalgia. Instruments: multidimensional Pain Locus of Control Questionnaire (Pastor et al., 1990), Chronic Pain Self-efficacy Questionnaire (Martín-Aragón et al., 1999), Perceived Health Competence Scale (Pastor et al., 1997), Sickness Impact Profile (Badía and Alonso., 1994), Hospital Anxiety Depression Scale (Terol et al., 1997). **RESULTS AND CONCLUSIONS:** 1) Self-efficacy and perceived competence have a significant relation with age. 2) The higher educational level group shows high scores in internal locus of control. 3) Lack of significant relations or differences in Control Perception with length of illness and number of services consulted. 4) The results suggest a differential role of control beliefs in the different health status dimensions.

La fibromialgia es un síndrome de etiología desconocida caracterizado por la presencia de dolor generalizado de más de tres meses de duración, lo que le convierte en un problema crónico, y una sensibilidad anormal a la presión digital en unos puntos específicos (Goldenberg, 1994).

Es sabido que los problemas de salud crónicos, como el que ahora nos ocupa, constituyen importantes fuentes de estrés y exigen del enfermo constantes esfuerzos de adaptación. En este contexto, del conjunto de factores cognitivos que aparecen como determinantes en la adaptación a enfermedades crónicas, la *percepción de control* quizá sea uno de los que mayor interés ha despertado en la investigación actual, asumiendo su importante papel tanto en el estado de salud como en la adaptación psicológica a los problemas de enfermedad (Wallston, 1989; Wallston, Wallston, Smith y Dobbins, 1987). Locus de control, autoeficacia y competencia percibida son los tres constructos relacionados con el control que posiblemente tengan el mayor número de estudios

en el ámbito de la salud. Sin embargo, y a pesar de que se ha subrayado la utilidad de trabajar con diferentes constructos de forma simultánea en la predicción del comportamiento (Skinner, 1992, 1996; Reich, Erdal y Zautra, 1997), no existen trabajos que evalúen el peso diferencial de cada uno de ellos sobre el estado de salud. El *locus de control* hace referencia a la creencia que se tiene respecto a la relación entre la conducta y sus resultados o consecuencias; Las *expectativas de autoeficacia* se definen como «los juicios de cada individuo sobre sus capacidades, sobre la base de los cuales organizará y ejecutará sus actos de modo que le permitan alcanzar el rendimiento deseado» (Bandura, 1987). Finalmente, la *competencia percibida* en relación a la salud se define como la expectativa de un individuo sobre la posibilidad de actuar positivamente ante los acontecimientos (Wallston, 1992). La principal diferencia de ésta con las expectativas de autoeficacia estaría por un lado, en el nivel de especificidad puesto que éstas hacen referencia a comportamientos específicos, y por otro, a que incluye tanto la percepción de competencia como la de contingencia (Pastor, López-Roig, Rodríguez-Marín, Martín-Aragón, Terol y Pons, 1999; Smith, Wallston y Smith, 1995; Fernández y Edo, 1994). Es decir, hace referencia tanto a la creencia respecto de la asociación entre la conducta y el resultado, como a la creencia en la capacidad personal para manejar acontecimientos relacionados con la salud.

Una cuestión importante en el ámbito que nos ocupa, es el estudio de los determinantes de la percepción de control: Qué hace que determinadas personas tengan una percepción de control de su situación de salud, mientras que otras perciban una falta de control para manejarla. Ninguna de las creencias de control se entiende como un rasgo estable de personalidad, y dado su contenido es posible que determinadas características sociodemográficas y de historia clínica puedan estar asociadas con una mayor o menor percepción de control. Desde la Teoría se plantea que tanto el nivel de instrucción como las experiencias previas van a influir en esa percepción (Bandura 1987); sin embargo, no hemos encontrado trabajos empíricos al respecto. En este sentido consideramos una idea interesante el estudio de las relaciones con aspectos de la historia clínica del paciente y con su nivel educativo, como indicadores indirectos del nivel de instrucción y de las experiencias previas respecto a la enfermedad.

Por otra parte, el mayor porcentaje de investigaciones en los problemas de dolor crónico se ha centrado en estudiar su papel predictor y/o determinante del estado de salud. Los resultados mostrados en la literatura sobre los problemas de dolor crónico, son concluyentes respecto a la asociación significativa y de signo negativo de los diferentes constructos que implican un sentido de control y las dimensiones componentes del estado de salud (Pastor, Martín-Aragón y Lledó, 1999; Haldorsen, Indahl y Ursin, 1998; Abraido-Lanza, 1997; Barlow, Williams y Wright, 1997; Dwyer, 1997; Lin y Ward, 1996; Levin, Lofland, Cassisi et al., 1996; Härkäpää, Järviskoski y Estlander, 1996; Pastor, Salas, López et al., 1993). Sin embargo, tres razones nos llevan a plantear este estudio y justifican, en nuestra opinión, su pertinencia. En primer lugar, en el caso específico del síndrome fibromiálgico, los trabajos son escasos o inexistentes. La mayoría se centra en la evaluación de las expectativas de autoeficacia, obteniendo resultados en la misma dirección que en el caso del dolor crónico (Buckelew, Huyser, Hewett et al., 1996; Lomi, Burckhardt, Nordholm, Bjelle y Ekdahl, 1995). En segundo lugar, no se ha estudiado el papel diferencial de los tres constructos de control – competencia percibida, locus de control, expectativas de autoeficacia-. Y por último, no se han estudiado los determinantes de la percepción de control. Esta última razón es especialmente importante puesto que si conocemos las características asociadas a dicha percepción se puede identificar a pacientes potencialmente en riesgo e intervenir específicamente sobre ellos.

Por todo ello, el siguiente trabajo tiene como objetivo además estudiar el papel de variables sociodemográficas y clínicas sobre la percepción de control, analizar la relación de ésta con el estado de salud en las personas con fibromialgia.

## Método

### Sujetos

Evaluamos a 77 mujeres con fibromialgia, entre 18 y 70 años, atendidas en el servicio de Reumatología del Hospital General de Alicante. La edad media es de  $52.1 \pm 8.6$  años. La mayoría tiene estudios primarios (61.6%), es ama de casa (56.2%), y está casada (80.8%). El tiempo medio de padecimiento del problema es de  $15.83 \pm 12.33$  años.

### Variables e instrumentos

#### Sociodemográficas y clínicas:

##### Edad

*Tiempo de padecimiento del dolor:* Tiempo transcurrido desde la aparición de los primeros síntomas, en meses.

*Nivel de estudios.* Se consideró como un indicador indirecto del nivel de instrucción. Dada la distribución muestral, esta variable se categorizó en: bajo nivel educativo (iletradas o que sólo saben leer y escribir:  $n=21$ ), y nivel educativo medio-alto (pacientes con estudios,  $n=45$ ).

*Número de servicios consultados por el problema de dolor* desde la aparición de los primeros síntomas, como indicador indirecto de experiencias previas en el proceso doloroso. Esta variable se categorizó, siguiendo la distribución de frecuencias, en: aquellas que han consultado 3 servicios diferentes o menos ( $n=36$ ) y aquellas que han consultado más de tres servicios médicos diferentes ( $n=37$ ).

#### Percepción de control:

*Autoeficacia: Cuestionario de Autoeficacia en Dolor Crónico* (Martín-Aragón y cols., 1999). Se trata de la adaptación a problemas de dolor crónico de la escala «Chronic Pain Self-efficacy Scale» de más utilizada para evaluar la percepción de eficacia para afrontar las consecuencias del padecimiento de la artritis (*Arthritis Self-Efficacy Scale; Lorig, 1989*) Anderson y cols.(1995). Se pueden obtener puntuaciones por subescalas o una puntuación general. Para este trabajo se utilizó ésta última. El índice de consistencia interna fue y  $\alpha=.91$ .

*Locus de control interno: Escala Multidimensional de Locus de Control de Dolor- Factor interno* (Pastor y cols., 1990). Es un instrumento ampliamente utilizado en el contexto de los problemas relacionados con el dolor crónico. Consta de cuatro factores: interno, otros poderosos, azar y destino. Para este estudio sólo utilizamos la subescala de control interno. La consistencia interna fue  $\alpha=.65$ .

*Competencia percibida: Escala de Competencia Percibida en Salud* (Pastor y cols., 1997: Adaptada de Smith, Wallston y Smith, 1995). Se trata de un instrumento unidimensional de ocho ítems que evalúa las creencias sobre la propia competencia para afrontar los problemas de salud. La consistencia interna fue  $\alpha=.81$

*Estado de salud. Desde la concepción multidimensional de este constructo valoramos las áreas más frecuentemente utilizadas del contexto de las enfermedades crónicas.*

*Dolor como síntoma principal: Escala de Percepción del Dolor.* Para evaluar la intensidad del dolor, seguimos las sugerencias de la literatura en cuanto al uso de escalas numéricas. Ante la dificultad de registrar medidas múltiples en el tiempo, utilizamos la alternativa de obtener medidas diferentes en un solo momento (Jensen, Turner, Turner y Romano, 1996; Jensen, Karoly y Braver, 1986). Así, se diseñaron 4 ítems contestados en una escala numérica de 11 puntos (0 = ningún dolor, 10 = máximo dolor que pueda imaginar). Con ellos registrábamos cuál había sido el máximo dolor y el mínimo dolor, el dolor medio que había tenido durante los últimos 7 días, y el dolor en el momento de la entrevista. La variable intensidad del dolor se obtiene con la puntuación media de los cuatro ítems. La consistencia interna fue  $\alpha=.83$ .

*Impacto social e impacto funcional: Perfil de las Consecuencias de la Enfermedad* (Badía y Alonso, 1994). Se trata de una medida de la percepción del estado de salud que evalúa los cambios conductuales del sujeto debido a su enfermedad. Se pueden obtener puntuaciones, además de en doce categorías, en una dimensión física, que agrupa las categorías de «Movilidad», «Desplazamiento» y «Cuidado y Movimiento Corporal»; y otra dimensión psicossocial, que agrupa las categorías Relaciones Sociales, Comunicación, Actividad Intelectual y Actividad Emocional. En este trabajo sólo utilizamos la *Dimensión Física*, y las categorías «Relaciones Sociales» y «Actividades de Ocio y Pasatiempos», puesto que son las áreas más importantes en la adaptación a esta enfermedad. En el caso de la dimensión psicossocial, optamos por una escala más específica que evaluara la ansiedad y la depresión.

*Impacto emocional: Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria* (Terol y cols., 1997). Se incluyó esta escala para evaluar específicamente el impacto emocional en términos de ansiedad y depresión.

Todos los cuestionarios utilizados son específicos de población con problemas crónicos de salud y han sido empleados en la mayoría de trabajos de dolor crónico.

#### Procedimiento

Se revisaron las historias clínicas del Servicio de Reumatología del Hospital de Alicante, desde noviembre de 1996 hasta marzo de 1999, seleccionando aquellas mujeres con diagnóstico de fibromialgia, y con edades comprendidas entre los 18 y los 70 años. De las 1922 historias revisadas, 173 tenían diagnóstico de fibromialgia (9%), de las cuales 127 cumplían los criterios de inclusión. Se contactó telefónicamente con ellas explicando el objeto de nuestro estudio. Accedieron a participar en nuestro estudio 77 mujeres (60'6%). Todos los cuestionarios fueron aplicados mediante entrevista individual por una psicóloga, sin la presencia de acompañantes y en el marco hospitalario de consultas externas. El tiempo medio empleado para su cumplimentación fue de aproximadamente una hora. A excepción de los instrumentos que recogían los datos sociodemográficos y de historia del dolor, se varió consecutivamente a las diferentes pacientes el orden de aplicación de los mismos dividiendo en dos bloques: instrumentos de evaluación de la percepción de control e instrumentos de evaluación del estado de salud. De este modo, se evitaba el efecto sistemático de una prueba sobre otra, así como el posible efecto de variables relacionadas con la entrevistada y la entrevistadora sobre el mismo instrumento.

#### Análisis

Utilizamos el programa SPSS-8.0 para Windows realizando: 1) Análisis de correlación con el coeficiente producto-momento de Pearson, para estudiar las relaciones de las variables de percepción de control con variables sociodemográficas y clínicas. 2) Prueba t para evaluar las posibles diferencias en percepción de control según el nivel de estudios y el número de servicios consultados por el problema. 3) Regresión lineal con el método de selección por pasos sucesivos, introduciendo en primer lugar variables sociodemográficas y clínicas que habían mostrado asociación significativa con las variables criterio y, en segundo lugar, la percepción de intensidad de dolor, a fin de controlar sus efectos. En tercer lugar introdujimos las distintas variables de percepción de control.

## Resultados

### Variables sociodemográficas y clínicas y percepción de control

La edad se relaciona significativa y negativamente con las *expectativas de autoeficacia* y con la *competencia percibida en salud* ( $r=-.24^*$ , en ambos casos), no haciéndolo significativamente con el *locus de control interno* ( $r=-.02$ ;  $p=ns$ ).

Las pacientes con *estudios primarios* presentan puntuaciones medias significativamente más altas en *locus de control interno* que los sujetos *iletrados o que sólo saben leer y escribir* ( $t=-2.64^{**}$ ). En el caso de las *expectativas de autoeficacia* y de la *competencia percibida* las diferencias no son significativas ( $t=1.55$ ; ( $p=ns$ ) y  $t=-1.59$ ; ( $p=ns$ ) respectivamente) (Tabla 1)

El tiempo de padecimiento del problema no se relaciona significativamente con ninguna de las variables de percepción de control. Los resultados del análisis son:  $r=.07$  ( $p=ns$ ) respecto al *locus de control interno*,  $r=.10$  ( $p=ns$ ) respecto a las *expectativas de autoeficacia* y  $r=.09$  ( $p=ns$ ) respecto a la *competencia percibida*.

Asimismo las diferencias no son significativas entre las distintas variables de percepción de control y el número de servicios consultados:  $t=-1.13$  ( $p=ns$ ) en el caso del *locus de control interno*,  $t=-.60$  ( $p=ns$ ) en el caso de las *expectativas de autoeficacia* y  $t=.40$  ( $p=ns$ ) en el caso de la *competencia percibida*.

### Percepción de control y estado de salud

Las puntuaciones de *locus de control interno* se asocian significativa y negativamente únicamente con la *ansiedad* y con la *depresión* ( $r=-.31^{**}$  y  $r=-.41^{**}$ , respectivamente). Las variables *expectativas de autoeficacia* y *competencia percibida* en relación a la salud presentan relaciones significativas y negativas con cada una de las variables de estado de salud evaluadas (rango de las correlaciones entre  $-.27^*$  y  $-.57^{**}$ ) excepto en el caso de las *expectativas de autoeficacia* y la *ansiedad*. En la tabla 2 se recogen los resultados de estos análisis.

Respecto a los análisis de regresión, las *expectativas de autoeficacia* explican el 10% de la varianza de la *percepción de dolor*, y el 38% y el 28% del impacto en la *dimensión física* y en las *relaciones sociales* respectivamente. La *competencia percibida* se muestra como un predictor significativo del impacto en las *actividades de ocio y pasatiempos* y de la *ansiedad* ( $F=6.77^{**}$ ) y la *depresión* ( $F=21.37^{***}$ ). En ningún caso el *locus de control interno* predice proporciones significativas de la varianza de las variables de estado de salud evaluadas en este estudio. En la tabla 3 se exponen detalladamente los resultados de los predictores de las distintas áreas del estado de salud.

	N1 (n =21) X ± dt	N2 (n = 45) X ± dt	t (sign)
<i>Locus Control Interno</i>	53.81 ± 20.43	65.78 ± 15.44	-2.64 (.01)
<i>Expectativas de Autoeficacia</i>	66.10 ± 22.70	72.96 ± 13.25	-1.55 (.12)
<i>Competencia Percibida Salud</i>	44.05 ± 16.41	50.90 ± 16.22	-1.59 (.12)

N1: pacientes iletrados o que sólo saben leer o escribir; N2: pacientes con estudios.

*Tabla 2*  
Análisis de correlación entre variables de percepción de control con variables de estado de salud

	Dolor	IF	IRS	IOP	A	D
<i>Locus Control Interno</i>	-.15	-.13	-.18	-.05	-.31*	-.41**
<i>Expectativas de Autoeficacia</i>	-.30**	-.43**	-.40**	-.33**	.14	-.50**
<i>Competencia Percibida Salud</i>	-.27*	-.37**	-.30**	-.34**	-.35**	-.57**

Dolor: intensidad de dolor, IF: impacto físico, IRS: impacto en las relaciones sociales, IOP: Impacto en actividades de ocio y pasatiempos; A= ansiedad, D= depresión. (\*):  $p \leq .05$ ; (\*\*):  $p \leq .01$

*Tabla 3*  
Análisis de regresión de la percepción de control sobre las variables de estado de salud

<b>Criterio:</b> Percepción de dolor					
<i>Predictores</i>	<i>R<sup>2</sup></i>	<i>Cambio R<sup>2</sup></i>	<i>F<sub>c</sub></i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>
Expectativas de Autoeficacia	.32	.10	7.84***	-.32	-2.80**
<b>Criterio:</b> Impacto en la Dimensión Física					
<i>Predictores</i>	<i>R<sup>2</sup></i>	<i>Cambio R<sup>2</sup></i>	<i>F<sub>c</sub></i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>
Edad	.15	.15	11.90***	.32	3.19**
Percepción Dolor	.33	.18	17.94***	.34	3.36***
Expectativas de Autoeficacia	.38	.05	5.75*	-.25	-2.39**
<b>Criterio:</b> Impacto en las relaciones sociales					
<i>Predictores</i>	<i>R<sup>2</sup></i>	<i>Cambio R<sup>2</sup></i>	<i>F<sub>c</sub></i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>
Estudios	.10	.10	7.52*	-.23	-2.22*
Percepción Dolor	.23	.16	11.59***	.32	2.98**
Expectativas de Autoeficacia	.28	.05	9.96***	-.25	-2.29*
<b>Criterio:</b> Impacto en las actividades de ocio y pasatiempos					
<i>Predictores</i>	<i>R<sup>2</sup></i>	<i>Cambio R<sup>2</sup></i>	<i>F<sub>c</sub></i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>
Competencia Percibida en Salud	.34	.12	8.70**	-.34	-2.95**
<b>Criterio:</b> Ansiedad					
<i>Predictores</i>	<i>R<sup>2</sup></i>	<i>Cambio R<sup>2</sup></i>	<i>F<sub>c</sub></i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>
Estudios	.07	.07	5.42*	-.20	-1.73
Competencia Percibida	.16	.08	6.77**	-.30	-2.60**
<b>Criterio:</b> Depresión					
<i>Predictores</i>	<i>R<sup>2</sup></i>	<i>Cambio R<sup>2</sup></i>	<i>F<sub>c</sub></i>	<i>Beta</i>	<i>t</i>
Estudios	.25	.23	20.45***	-.37	-3.99***
Percepción Dolor	.32	.09	9.51**	.16	2.14*
Competencia Percibida	.48	.16	21.37***	-.43	-4.62***

(\*):  $p \leq .05$ ; (\*\*):  $p \leq .01$ ; (\*\*\*)  $p \leq .001$ .

## Discusión

En este estudio nos proponíamos estudiar por un lado el papel de determinadas variables sociodemográficas y de historia clínica respecto a la percepción de control, y por otro, las relaciones entre esta última y el estado de salud en las personas con fibromialgia. Así, como hemos expuesto, nuestros resultados muestran que las pacientes con mayor nivel educativo creen de forma significativamente diferente a aquellas con menor nivel, que su dolor depende de ellas mismas. En el caso de las expectativas de autoeficacia y de competencia percibida en salud, si bien las diferencias no son estadísticamente significativas, las medias del grupo de mayor ni-

vel educativo son, asimismo, más altas. Estos resultados apoyarán la idea teórica de la importancia del nivel de instrucción en la percepción de control (Bandura, 1997<sup>o</sup>). En el caso de la edad, nuestros resultados no coinciden plenamente con los de los estudios revisados. En estos o bien no se obtienen relaciones significativas –en nuestro caso tampoco las encontramos respecto del locus de control- (Lefebvre, Keefe, Affleck et al., 1999), o bien el sentido de las asociaciones es contrario al nuestro, es decir a mayor edad menor percepción de competencia y de autoeficacia (Barlow et al., 1997). Sin embargo, a partir del planteamiento teórico expuesto, podría ser que las personas con mayor edad no hayan tenido experiencias de logro respecto del control del problema de

dolor, y que con la edad y el deterioro físico propio de la misma se sientan cada vez menos capaces o competentes para manejarlo.

Por otro lado, nuestros resultados *no* muestran *que existan ni relaciones entre* la percepción de control y el tiempo de padecimiento del problema, *ni diferencias significativas en percepción de control en función* del número de servicios diferentes consultados por el mismo. El primer caso podría sugerir la idea de que no es el tiempo en sí mismo el que modula la percepción de control, sino las experiencias vividas durante ese tiempo, como también se afirma desde la teoría. En el segundo caso, si bien desde la literatura se ha mostrado que las creencias de control están relacionadas con la utilización de servicios (Zitman, Linssen y Van, 1992; Reitsma y Meijler, 1997), pensamos que en nuestro estudio no se han observado dichas relaciones ya que recogemos el número de servicios diferentes consultados, en lugar del número de visitas médicas realizadas en un período de tiempo a un mismo servicio, como podría ser el servicio de reumatología. La experiencia clínica nos hace pensar que es probable que el consultar diferentes servicios esté relacionado con otras variables como la satisfacción –o insatisfacción– con el servicio médico consultado y no tanto con las creencias respecto a la propia habilidad para controlar el dolor.

En general, los resultados obtenidos respecto a la percepción de control y el estado de salud de las pacientes con fibromialgia son similares a los obtenidos en otras patologías de dolor crónico. En primer lugar, la literatura revisada respecto a las asociaciones entre el locus de control interno y los distintos componentes de la percepción del estado de salud es consistente respecto de las relaciones significativas y negativas entre éstos (Härköpää, Järvikoski y Estlander, 1996; Reich y Zautra, 1995). En nuestro trabajo, sólo el estado emocional, en términos de ansiedad y depresión obtuvo resultados significativos y en el sentido teórico esperado. Esto, junto a la falta de poder predictivo del locus de control interno sobre los componentes del estado de salud, puede estar sugiriendo la existencia de otras variables de control que estén mediando entre ellos. En este sentido, Smith y colaboradores, plantean que el locus de control interno puede ser un requisito previo a la percepción de competencia (Smith, Dobbins y Wallston, 1991). Y en segundo lugar, los resultados muestran que tanto las expectativas de autoeficacia como la competencia percibida en relación a la salud, obtienen relaciones significativas y negativas con cada uno de los componentes de estado de salud evaluados, excepto en el caso de las expectativas de autoeficacia y la ansiedad. Parece por tanto que

coincidiendo con lo obtenido en otras patologías de dolor crónico, la percepción de autoeficacia y la competencia percibida en el síndrome fibromiálgico tienen una estrecha relación con el estado de salud (Schermerhelle-Engel, Eifert, Moosbrugger y Frank, 1997; Haldorsen, Indahl y Ursin, 1998; Abraido-Lanza, 1997; Barlow, Williams y Wright, 1997; Dwyer, 1997; Lin y Ward, 1996; Levin, Lofland, Cassisi et al., 1996; Härköpää, Järvikoski y Estlander, 1996; Pastor, Salas, López et al., 1993).

Desde la literatura se ha subrayado la utilidad de trabajar con diferentes constructos de forma simultánea para poder comparar su contribución a la predicción del comportamiento (Skinner, 1992, 1996; Reich y Zautra, 1995). Sin embargo, como se ha comentado, son inexistentes los estudios en el ámbito del dolor crónico que utilicen simultáneamente el locus de control, las expectativas de autoeficacia y la competencia percibida. Los resultados de nuestro trabajo apoyan la idea teórica de que los mejores predictores de conductas específicas son las creencias de control respecto a dichas conductas específicas, es decir, las expectativas de autoeficacia (Bandura, 1986). Hemos encontrado que éstas son las mejores predictoras tanto de la percepción de intensidad de dolor como del impacto físico y del impacto en las relaciones sociales. Como se ha comentado en el apartado correspondiente, estas dos últimas variables se evaluaron con el Perfil de las Consecuencias de la Enfermedad (Badía y Alonso, 1994), y los ítems de este cuestionario hacen referencia a conductas específicas relacionadas con el problema de salud que refiere el paciente. Asimismo, la competencia percibida, al ser una expectativa más general, ha sido el mejor predictor del estado emocional.

Por tanto, y en conclusión, se sugiere, por un lado, la necesidad de profundizar en el estudio de los determinantes de la percepción de control, en términos de variables relacionadas con el nivel de instrucción y de experiencia previas. Y por otra parte, nuestros resultados indican la existencia un papel diferencial de las creencias de control en los distintos componentes del estado de salud, en función de su nivel de especificidad. Así, las expectativas de autoeficacia parecen ser las determinantes de las conductas específicas, y la competencia percibida la determinante del estado emocional.

#### Agradecimientos

Este trabajo ha sido realizado gracias a la ayuda concedida por el Fondo de Investigaciones Sanitarias (FIS: exp. 99/0858).

#### Referencias

- Abraido-Lanza, A.F. (1997). Latinas with arthritis: effects of illness, role identity, and competence on psychological well-being. *American Journal of Community Psychology*; 25(5): 601-627.
- Badía, X. y Alonso, J. (1994). Adaptación de una medida de la disfunción relacionada con la enfermedad: la versión española del *Sickness Impact Profile*. *Medicina Clínica*; 102: 90-95.
- Bandura, A. (1987). Autoeficacia. En Marín Roca (Ed): *Bandura A.: Pensamiento y acción. Fundamentos sociales*, cap. 9, pp. 415-478.
- Bandura, A. (Eds) *Self-efficacy. The Exercise of Control*. NY: Freeman and Company, 1997.
- Barlow, J.H., Williams, B. y Wright, C.C. (1997). Improving arthritis self-management among older adults: «Just what the doctor didn't order». *British Journal of Health Psychology*; 2(2): 175-186.
- Buckelew, S.P., Huyser, B., Hewett, J.E., Parker, J.C., Johnson, J.C., Conway, R., Kay, D.R. (1996). Self-efficacy predicting outcome among Fibromyalgia subjects. *Arthritis Care and Research*; 9(2): 97-104.
- Dwyer, K.A. (1997). Psychosocial factors and health status in women with rheumatoid arthritis: predictive models. *American Journal of Preventive Medicine*; 13(1): 66-72.
- Fernández, J. Edo, S., (1994). ¿Cómo influye el Control Percibido en el Impacto que tienen las Emociones sobre la Salud? *Anales de Psicología*; 10 (2): 127-133.
- Goldenberg, D.L. (1994). *Fibromyalgia*. En: Klippel J.H., Dieppe P.A. eds *rheumatology* St. Louis: Mosby; 516.1-516.12.
- Haldorsen, E.M.H., Indahl, A. y Ursin, H. (1998). Patients with low back pain not returning to work. *Spine*; 23(11): 1202-1208.
- Härköpää, K., Järvikoski, A. y Estlander, A.M. (1996). Health optimism and control beliefs as predictors for treatment outcome of a multimodal back treatment program. *Psychology and Health*; (12): 123-134.

- Jensen, M.P., Karoly, P. y Braver, S. (1986). The measurement of clinical pain severity: a comparison of six methods. *Pain*, 27: 117-126.
- Jensen, M.P., Turner, L.R., Turner, J.A. y Romano, J.M. (1996). The use of multiple-item scales for pain intensity measurement in chronic pain patients. *Pain*, 67: 35-40.
- Lefebvre, J.C., Keefe F.J., Affleck G., Raezer L.B., Starr, K., Caldwell, D.S. y Tennen, H. (1999). The relationship of arthritis self-efficacy to daily pain, daily mood, and daily pain coping in rheumatoid arthritis patients. *Pain*; 80: 425-435.
- Levin, J. B., Lofland, K. R., Cassisi, J. E., Porey, A. M. y Blonsky E. R. (1996) The relationship between Self-efficacy and Dissability in Chronic Low Back Pain Patients. *International Journal of Rehabilitation and Health*; 2 (1): 19-28.
- Lin, C.C. y Ward, S.E. (1996). Perceived self-efficacy and outcome expectancies in coping with chronic low back pain. *Reserch in Nursing and Health*; 19(4): 299-310.
- Lomi, C., Burckhardt, C., Nordholm, L., Bjelle, A. y Ekdahl, C. (1995). Evaluation of a Swedish version of the arthritis self-efficacy scale in people with fibromyalgia. *Scandinavian Journal of Rheumatology*; 24(5): 282-287.
- Martín-Aragón, M., Pastor, M.A., Rodríguez-Marín, J., March, M.J., Lledó, A., López-Roig, S. y Terol, M.C. (1999). Percepción de autoeficacia en dolor crónico: adaptación y validación de la Chronic Pain Self-Efficacy Scale. *Revista de Psicología de la Salud* (aceptado para su publicación)
- Pastor, M.A., López-Roig, S., Rodríguez-Marín, J., Martín-Aragón, M., Terol, M.C. y Pons, N. (1999). Percepción de control, Impacto de la enfermedad y ajuste emocional en enfermos crónicos. *Ansiedad y Estrés*; 5(2-3):299-311
- Pastor, M.A., López, S., Rodríguez, J., Sánchez, S., Salas, E. y Pascual, E. (1990). Expectativas de control sobre la experiencia de dolor: adaptación y análisis preliminar de la escala multidimensional de locus de control de salud. *Revista de Psicología de la Salud*; 2(1-2): 91-111.
- Pastor, M.A., Martín-Aragón, M., Rodríguez-Marín, J., Terol, M.C., López-Roig, S. y Sánchez, S. (1997). Valoración de la Competencia Percibida en relación a la salud. Poster presentado en el VI Congreso Nacional de Psicología Social. 29-30 de septiembre y 1 de octubre. San Sebastián.
- Pastor, M.A., Martín-Aragón, M., Lledó, A., López-Roig S, Terol, M.C., Rodríguez-Marín, J. y González-Machado, J. (1999). Perceived Health Competence in a chronic pain patient sample unit. Poster presentado en el 9th World Congress on Pain. Vienna (Austria),1999.
- Pastor, M.A., Salas, E., López, S., Rodríguez, J., Sánchez, S. y Pascual, E. (1993). Patients' beliefs about their lack of pain control in primary Fibromyalgia Syndrome. *British Journal of Rheumatology*; 34: 484-489.
- Reich, J.W., Erdal, K.J y Zautra, A.J. (1997). Beliefs about control and health behaviors. En D.S. Gochman (ed.) *Handbook of Health Behavior Research*. Plenum Press: NY. Cap. 5, páginas 93-111.
- Reich, J.W. and Zautra, A.J. (1995). Spouse Encouragement of Self-Reliance and Other-Reliance in rheumatoid arthritis couples. *Journal of Behavioral Medicine*; 18, (3) : 249-260.
- Riemsma, R.P., Klein, G.,Taal, E., Rasker, J.J., Houtman, P.M., Van-Paassen, H.C, Wiegman, O. (1998). The supply of and demand for informal and professional care for patients with rheumatoid arthritis. *Scandinavian Journal of Rheumatology*; 27, (1): 7-15.
- Schermelleh-Engel, K., Eifert, G.H., Moosbrugger, H. y Frank, D. (1997). Perceived competence and trait anxiety as determinants of pain coping strategies. *Personality and Individual Differences*, 22(1): 1-10.
- Skinner, E. (1992). Perceived Control: Motivation, Coping and Development. En Ralf Schwarzer: *Self-Efficacy. Thought Control of Action*. Freie Universität Berlin.
- Skinner, E.A. (1996). A guide to constructs of control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(3): 549-570
- Smith, M.S., Dobbins, C.J. y Wallston K.A. (1991). The mediational role of perceived competence in psychological adjustment to Rheumatoid Arthritis. *Journal of Applied Social Psychology*; 21(15): 1218-1247.
- Smith, M.S. Wallston, K.A. Smith, C.A. (1995). The Development and Validation of the Perceived Health Competence Scale. *Health Education Research.*; 1995, 10 (1): 51-64.
- Terol M.C., Rodríguez-Marín J., López-Roig S., Martín-Aragón M. y Pastor M.A. «The Hospital Anxiety and Depression Scale. Psychometric Properties in a Spanish Sample». Poster presentado en la 11th Conference of the European Health Psychology Society. Francia, 1997.
- Toomey, T.C., Lundeen, T.F., Mann, J.D. y Abashian, S. (1988). The pain Locus of control scale: a comparison of chronic pain patients and the normals. Poster presented at the Annual Joint Meeting of American/Canadian Pain Societies(Toronto, 10-13 Nov.).
- Wallston, K.A., Wallston, B.S., Smith, M.S. y Dobbins, C.J. (1987). Perceived control and health. *Current Psychology Research and Reviews*; (6): 5-25.
- Wallston, K.A. (1989). Assessment of control in health-care settings. En Andrew Steptoe y ad Appels (Eds): *Stress, personal control and health*. John Wiley & Sons.
- Wallston, K.A. (1992). Hocus-Pocus, the focus isn't strictly on Locus: Rotter's Social Learning Theory Modified for Health. *Cognitive Therapy and Research*; 16(2): 183-199.

*Aceptado el 2 de mayo de 2001*