

¿Cómo influye el control percibido en el impacto que tienen las emociones sobre la salud?

Jordi Fernández Castro* y Silvia Edo Izquierdo

Unidad de Psicología Básica
Universidad Autónoma de Barcelona

Resumen: El objetivo de este trabajo es mostrar que el concepto de control percibido es esencial para analizar las relaciones entre emociones y salud. Para ello, se exponen los conceptos de control objetivo, control percibido y control personal; se distingue entre las creencias generales de control y las expectativas de autoeficacia y se formula la hipótesis que el control percibido modula la reactividad psicobiológica en los estados emocionales.

Palabras Clave: Salud, Emoción, Control percibido, Autoeficacia

Title: How does perceived control influence impact of emotions on health?

Abstract: The aim of this paper is to show that perceived control concept is essential to analyze the relationship between emotions and health. Objective control, perceived control, and personal control concepts are discussed. A distinction between general beliefs about control and specific self-efficacy expectancies is made. A hypothesis about perceived control modulation of psychobiological reactions in emotional states is formulated.

Key words: Health, Emotion, Perceived control, Self-efficacy.

Introducción

Hace relativamente poco, Kenneth A. Wallston (1992) publicó un artículo con un título bastante curioso: *Hocus-Pocus, the Focus Isn't Strictly on Locus: Rotter's social Learning Theory Modified for Health*. En este texto, Wallston pasa revista a los quince años que ha dedicado a investigar sobre el Locus de Control de la Salud. Esta línea de trabajo nació al aplicar la Teoría del Aprendizaje Social, y en concreto el constructo de Locus de Control de Rotter (1954), al campo de la salud. La hipótesis general era clara y simple: aquellas

personas que crean que su salud depende, en primera instancia de ellas mismas (locus de control interno), tendrán mejor salud que las que crean que las causas de las enfermedades son ajenas a la persona que las sufre (locus de control externo), debido a que el locus de control de la salud interno facilita que se mantengan los hábitos saludables y el cuidado activo de la salud. Sin embargo, en un ejercicio de autocrítica lúcido y admirable, Wallston reconoce los fallos de su hipótesis y, a la luz de un serie de trabajos empíricos realizados por él mismo y por otros autores de diversos países, reformula sus ideas acerca del tema.

Esta reformulación realizada por Wallston consiste en adoptar la idea de la *Competencia Personal Percibida* como sustituto al concepto de Locus de Control Interno, es decir que se podrá hallar una buena motivación para llevar a cabo conductas que mantengan la salud cuando esta percepción de lo competente que es uno mismo es alta. Aplicado al campo de la salud, tener una competencia personal percibida alta consiste en, primero, valorar la salud como un bien muy

Este trabajo ha sido posible gracias a la ayuda PB89-0312 de la Dirección General de Investigación Científica y Técnica. Agradecemos al Dr. F. Villamarín sus comentarios y sugerencias.

* **Dirección para correspondencia:** Jordi Fernández Castro. Unidad de Psicología Básica. Dpto. de Psicología de la Educación. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Barcelona. Apartado 29. 08193-Bellaterra (Barcelona).

© *Copyright 1994:* Secretariado de Publicaciones e Intercambio Científico, Universidad de Murcia, Murcia (España). ISSN: 0212-9728. *Artículo recibido:* 22-11-94, *aceptado:* 10-12-94.

importante, segundo, creer que los hábitos de uno pueden influir positivamente en la salud y, tercero y especialmente importante, *creer que se es capaz de realizar esas conductas* saludables, así Wallston hace suya buena parte de la teoría de la autoeficacia de Bandura (1986).

El mismo año que se publicó el artículo al que nos acabamos de referir, en la revista *Anxiety, Stress, and Coping* apareció otro firmado por Eifert, Coburn y Seville (1992) que trataba sobre la percepción de control y el tratamiento de la ansiedad. Sus autores sostienen que los procesos de extinción, habituación, inhibición recíproca o contracondicionamiento, a pesar de estar muy acreditados, no dan cuenta de todos los aspectos de los métodos clínicos de reducción de la ansiedad utilizados actualmente; por el contrario sostienen que los cambios en la percepción de control son los responsables de la mejora en los trastornos de ansiedad. Esta idea es apoyada en una cuidadosa revisión de un gran número de trabajos que demuestran que para superar este tipo de trastornos es crucial creer que se puede controlar los siguientes factores: a) las respuestas fisiológicas en situaciones de ansiedad, b) los estímulos o situaciones que provocan la ansiedad y c) la propia conducta de exposición a dichos estímulos o situaciones.

Ahora es el momento de explicar nuestro objetivo. El punto en común de los dos artículos a los que nos acabamos de referir es la percepción del control o control percibido. En el primero, se aboga por la idea que la percepción de control es necesario para que las personas mantengan conductas saludables y, en el segundo, que la percepción de control es esencial, también, para superar la ansiedad. Si tenemos en cuenta que la ansiedad es la emoción de carácter negativo que, sin ninguna duda, tiene un mayor impacto nocivo sobre la salud aunque no llegue a extremos patológicos, nos encontramos con la posibilidad que el control percibido sea la característica psicológica que nos puede proporcionar la clave para entender cuál es la relación entre emociones y salud. Por lo tanto, el objetivo de este trabajo es mostrar las razones por las que sostenemos que es muy difícil avanzar en el conocimiento de las intrincadas y variadas relaciones existentes entre

emociones y salud (Ver el artículo de presentación de este número monográfico) sin prestar una atención preferente a los conceptos de control y control percibido. Para ello vamos a exponer los conceptos de control objetivo, control percibido y control personal; vamos a diferenciar entre las creencias generales de control y las expectativas de autoeficacia y vamos a exponer porqué pensamos que el control percibido facilita la adaptación emocional.

Tipos de Control

Averill (1973) distinguió entre tres diferentes posibilidades de ejercer control ante situaciones de estrés: a) el control conductual que consiste en la posibilidad de disponer de una respuesta que modifique objetivamente la situación que constituye la amenaza; b) el control cognitivo que se basa en poder reinterpretar la apreciación de la situación amenazante de la manera más satisfactoria para el individuo y c) el control de decisión que implica poder elegir entre diferentes cursos de acción alternativos ante una fuente de estrés.

Aunque esta clasificación de las maneras de ejercer control es la más ampliamente usada, quizás por ser la primera, quizás por su simplicidad y claridad, se han hecho otras propuestas, de entre ellas, se puede destacar la de Miller (1979) que divide el control en: control instrumental, autoadministración, control derivado de la predicción y control en potencia y la de Thompson (1981) que divide el control en: control conductual, control cognitivo, control informacional y control retrospectivo.

Control Objetivo

Hoy en día está sobradamente probado que las personas prefieren tener control sobre el entorno y que la falta de control produce diversos déficits cognitivos, motivacionales y afectivos (Seligman, 1975). Asimismo, es conveniente recordar que la posibilidad de ejercer control reduce significativamente los efectos negativos producidos por las situaciones de estrés (Glass y Singer, 1972). Estos hechos son la base de la teoría de la Indefensión Aprendida que presta una gran atención a las

situaciones de falta de control *objetivo*; es decir, la inexistencia de relación entre las acciones del individuo y los cambios producidos sobre hechos significativos del entorno. Esta falta de control objetivo, modulada por diversos procesos cognitivos de tipo atribucional, sería la responsable según este modelo teórico de los graves déficits motivacionales, cognoscitivos y emocionales observados experimentalmente (Abramson, Seligman y Teasdale, 1978).

Control percibido

En situaciones controladas de laboratorio como la de los estudios a los que nos acabamos de referir es relativamente sencillo determinar el control real que puede tener un individuo sobre una tarea que se le propone. En el curso de las actividades diarias es más difícil saber cuál es el control real objetivo que se tiene sobre el entorno; sin embargo, siguiendo las líneas marcadas por teorías como la del aprendizaje social de Rotter (1954) o la cognitivo-social de Bandura (1986), se ha comprobado que las personas que perciben positivamente su capacidad para controlar su entorno afrontan mejor las situaciones de estrés laboral (Kobasa, 1985), las enfermedades crónicas (Helgeson 1992), el estrés cotidiano (Langer y Rodin, 1976) e incluso, como ya hemos expuesto, los trastornos graves de ansiedad (Eifert, Coburn y Seville, 1992).

A pesar que la percepción de control no siempre coincide con las capacidades reales de control de las que dispone una persona, el control percibido, por sí mismo, puede llegar a tener unos efectos poderosos. Por ejemplo, cuando las personas creen tener control sobre el entorno, aunque no sea así en absoluto, esta *ilusión de control* protege al individuo de los posibles efectos negativos que podría provocarle una situación de estrés (Alloy y Abramson, 1988).

Sobre este último punto actualmente se ha descubierto un hecho relativamente paradójico. En el campo de investigación sobre control percibido y depresión, los teóricos cognoscitivistas habían puesto de relieve que las personas deprimidas tendrían cogniciones poco realistas, en sentido negativo, sobre su capacidad de control,

mientras que se pensaba que cuanto más adaptada estuviese una persona más realistas serían sus expectativas. Sin embargo se están acumulando datos a favor de la idea contraria, es decir, que las personas adaptadas tienen una percepción del control ligeramente distorsionada en sentido de percibir mayor control que el real, mientras que las personas con tendencia a la depresión, tendrían una percepción más realista. (Ver Alloy y Abramson, 1988 y Alloy y Clements, 1992).

Naturalmente, el control percibido no es ninguna garantía para afrontar cualquier fuente de estrés; como ha observado Helgeson (1992), en una investigación sobre la adaptación de enfermos crónicos, el control percibido es bueno especialmente cuando la amenaza es moderada o grave, pero de dudosa utilidad ante pequeños disgustos o contratiempos, puesto que en este caso la gente se dedicaría innecesariamente a controlar amenazas sin importancia. Helgeson no observó, entre los enfermos que estudió, el fenómeno de ilusión de control en términos absolutos sino que comprobó que el control percibido es beneficioso siempre y cuando no llegue a ser extremadamente mayor que el control que realmente se puede ejercer.

Dada la compleja relación que hay entre control objetivo y control percibido, ultimamente se utiliza el término control personal (Ver, por ejemplo, Steptoe y Appels, 1989) que incluye tanto las posibilidades de control real en función de las capacidades del sujeto y las características de la situación como las creencias, expectativas y atribuciones sobre el control percibido, englobando una serie de conceptos íntimamente relacionados entre sí como autoeficacia, locus de control, autoestima e indefensión (Ver Villamarín, 1990 para un análisis detallado). No cabe duda que esta amalgama de conceptos están íntimamente relacionados tanto con la capacidad de afrontar el estrés, como con el mantenimiento de la salud. Es decir, que posiblemente expliquen buena parte de las relaciones entre emociones y la salud. Nuestra opinión es que ha llegado el momento de concretar y delimitar conceptos para pasar a estudiar los mecanismos psicológicos mediante los cuales estos constructos relacionados con el control percibido influyen en las emociones y producen efectos beneficiosos para la salud.

Creencias generales y expectativas específicas

Parece ser que dentro del concepto de control percibido se puede distinguir empíricamente entre creencias generales sobre el mundo y uno mismo y expectativas específicas referidas a contextos concretos (Ferguson, Dodds, Ng y Flannigan, 1994).

El control percibido entendido como un conjunto de creencias generales coincide con el constructo denominado "personal competence" por White (1959) o "mastery" por Pearlin y sus colaboradores (Pearlin, Menaghan, Lieberman y Mullan, 1981; Pearlin y Schooler, 1978) y se podría definir como la percepción de la habilidad propia para interactuar eficazmente con el entorno. Por ejemplo, se ha demostrado que una percepción alta de este tipo modula eficazmente el proceso de adaptación a enfermedades crónicas. (Smith, Dobbins y Wallston, 1991; Wallston, 1992).

Las expectativas específicas estarían ligadas a la experiencia pasada del sujeto y, por consiguiente, al aprendizaje específico al contexto. Este tipo de expectativa ha sido denominada autoeficacia por Bandura (1986). Es decir, mientras que las expectativas de autoeficacia serían creencias concretas sobre la capacidad de uno mismo de ejecutar con éxito una tarea en una situación determinada, el control percibido sería una creencia generalizada más relacionada con uno mismo que con una situación concreta.

Las expectativas de autoeficacia, tal y como ha demostrado Bandura y diversos investigadores que han colaborado con él (ver Bandura, 1986) predicen de forma muy precisa la conducta de las personas, en concreto las personas que crean que son capaces de realizar con éxito conductas que sirven para pervenir o curar enfermedades, realizarán con mayor probabilidad estas conductas y, además, serán más persistentes y no se desanimarán con fracasos ocasionales.

Aunque parece que la autoeficacia tiene un gran poder predictivo sobre las conductas relacionadas con la salud, las creencias generales pueden tener también un papel muy importante en el mantenimiento de la salud, como ya hemos

expuesto. Ferguson et al.(1994) han señalado dos de las razones por las que las creencias generales, aunque poco específicas, pueden ser muy importantes: por una parte, las personas con mayores creencias generales acerca de su control pueden tener unas expectativas de autoeficacia altas antes que otras personas que carezcan de estas creencias, teniendo en cuenta que las condiciones objetivas fueran las mismas. Por otra parte, en muy posible que en situaciones de estrés, que generalmente se caracterizan por ser nuevas, extrañas, ambiguas o inciertas, las creencias generales juegan un papel más importante que las expectativas de autoeficacia específicas; las cuales se refieren a situaciones pasadas ya conocidas y habituales.

¿Por qué la percepción de control es tan importante para la adaptación?

Hasta ahora hemos expuesto una cantidad importante de trabajos que apoyan la idea que la percepción de control, tanto general como específica, facilita la adaptación emocional y, por tanto, favorece la salud. Ahora querríamos explicar cuál es el mecanismo mediante el cual se produce este efecto protector.

Los estados emocionales intensos y el estrés ocurren cuando pasa algo que fuerza al individuo a realizar un esfuerzo suplementario, a cambiar su conducta habitual, a realizarla con mayor precisión o intensidad o a buscar nuevas formas de actuar. Esto se produce cuando hay algo imprevisto, o simplemente nuevo, cuando hay una amenaza de daño o pérdida, o posibilidad de obtener alguna ganancia. Quizás un rasgo común de todo ello es que se produce una *interrupción* de la conducta. Si consideramos la conducta habitual como un curso de acción que implica un flujo continuo de intercambio entre el individuo y su entorno basado en unas relaciones relativamente estables, cualquier tipo de interrupción de este curso de acción, sea cual sea la causa, implica una necesidad de cambio o de nueva adaptación.

Desde diversos y hasta contrapuestos paradigmas psicológicos se ha coincidido en señalar la interrupción como origen próximo de los estados

emocionales intensos (Kantor, 1967; Simon, 1967; Mandler, 1990 y Pribram, 1984). Parece ser que justamente cuando se impide el desarrollo de la conducta habitual de carácter instrumental, aparece la manifestación de una conducta no guiada por los resultados sino por los afectos o emociones. El afrontamiento consistiría precisamente en volver a establecer una relación instrumental efectiva con el entorno.

Nuestra hipótesis es que cuando se produce una interrupción, las creencias sobre el control favorecen la realización de una conducta efectiva y reducen la magnitud y duración de estos estados emocionales; es decir ayuda a que las personas actúen como si no se hubiese producido tal interrupción, esto implica mantenimiento de estrategias activas de afrontamiento y poca reactividad emocional.

Como prueba de que las expectativas sobre el control pueden tener este efecto minimizador de la interrupción tenemos por ejemplo, una serie de interesantes trabajos donde se demuestra que las expectativas de autoeficacia actúan sobre las conductas de afrontamiento y reducen la reactividad biológica en situaciones de estrés (Bandura, 1992; Holden, 1991 y O'Leary, 1992).

Cuando no se desea controlar

Antes de acabar con esta exposición no tenemos más remedio que hacer referencia a las objeciones que se le pueden hacer a las ideas que hemos expuesto. Aunque hemos afirmado anteriormente que las personas prefieren tener control a no tenerlo, ésta afirmación tan contundente debe aclararse puesto que sólo es cierta en términos generales. Diversos autores han puesto de manifiesto claras diferencias individuales en la forma de afrontar las situaciones de estrés, en general, y las amenazas para la salud, en concreto. Hay una tendencia identificada con diversos nombres como "evitación", "negación", "defensa", "evitación cognoscitiva", etc. (ver, Kohlmann, 1993) que representa una clara preferencia por no ejercer control. Bien es cierto que la tendencia general es la de ejercer control, sin embargo, los negadores o represores, aunque minoría existen, para este tipo de personas tener más control de la situación

incrementa su sufrimiento, aunque este ejercicio del control comporte un aumento de su eficacia real (Averill, O'Brien y DeWitt, 1977).

Litt (1988) ha revisado de manera crítica la capacidad del concepto de control percibido y de la autoeficacia y expresa sus reparos para aceptar estos conceptos. Por una parte, respecto al concepto de control percibido, Litt contrapone todo el conjunto de variables disposicionales totalmente individuales que pueden influir en la preferencia por el control y en la forma de ejercerlo. Por otro lado, este autor defiende que las expectativas de autoeficacia predicen bien las conductas, pero no tanto los afectos o las percepciones, de tal manera que personas con autoeficacia alta pueden mostrar una conducta eficaz, pero a costa de percepciones y sentimientos negativos. Litt propone que estos conceptos pueden ser integrados en la teoría de la apreciación en dos etapas de Lazarus y Folkman (1984).

Conclusiones

Sin perder de vista que la salud es un fenómeno complejo e interdependiente de factores biológicos, psicológicos y sociales, no hay duda que los estados emocionales influyen en el estado de salud sea cual fuera este. Hemos intentado demostrar que las vías para poder prevenir los efectos nocivos del estrés y para potenciar emociones positivas y hábitos saludables con éxito es intentar mejorar las percepciones de control, tanto cambiando las creencias generales, como por medio de la experiencia, enseñando a ejercer dicho control de manera realista.

Las situaciones de estrés, el sufrimiento, la infelicidad y la enfermedad no se podrán nunca suprimir de la vida humana; es más, posiblemente, son necesarias para que, precisamente, la vida sea humana. Lo que deberíamos hacer, desde un punto de vista psicológico, es favorecer que las personas estén protegidas ante eventualidades, que muchas veces son difíciles de prever, las creencias sobre el control personal y las expectativas optimistas de autoeficacia pueden ayudar en el futuro, muy posiblemente, a esta tarea.

Referencias bibliográficas

- Abramson, L.Y.; Seligman, M.E.P. y Teasdale, J.D. (1978) Learned Helplessness in Humans: Critique and Reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*, 87(1), 102-109.
- Alloy, L.B. y Abramson, L.Y. (1988). Depressive realism: Four theoretical perspectives. En L.B. Alloy (Ed.), *Cognitive processes in depression* (pp. 223-265). Nueva York: Guilford Press.
- Alloy, L.B. y Clemens, C.M. (1992). Illusion of control: Invulnerability to negative affect and depressive symptoms after laboratory and natural stressors. *Journal of Abnormal Psychology*, 102(4), 592-600.
- Averill, J.R. (1973). Personal control over aversive stimuli and its relationship to stress. *Psychological Bulletin*, 80(4), 286-303.
- Averill, J.R.; O'Brien, L. y DeWitt, G.D. (1977) The influence of response effectiveness on the preference for warning and on psychophysiological stress reactions. *Journal of Personality*, 45, 395-418.
- Bandura, A. (1986) *Social foundations of thought and action: A social-cognitive theory*, Englewood Cliffs, Nueva Jersey: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1992) Self-Efficacy Mechanism in Psychobiologic Functioning. En Ralf Schwarzer (Ed.) *Self-Efficacy: Thought Control of Action*. Washington: Hemisphere Publishing Corporation. (pp. 355-394).
- Eifert, G.H.; Coburn, K.E. y Seville, J.L. (1992) Putting the client in control: The perception of control in the behavioral treatment of anxiety. *Anxiety, Stress, and Coping*, 3, 165-173.
- Ferguson, E.; Dodds, A.; Ng, L. y Flannigan, H. (1994). Perceived control. Distinct but related levels of analysis?. *Personality and Individual Differences*, 16(3), 425-432.
- Glass, D.C. y Singer, J.E. (1972) *Urban stress: Experiments on noise and social stressors*. San Diego: Academic Press.
- Helgeson, V.S. (1992) Moderators of the relation between perceived control and adjustment to chronic illness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(4), 656-666.
- Holden, G. (1991) The Relationship of Self-Efficacy Appraisals to Subsequent Health Related Outcomes: A Meta-Analysis. *Social Work in Health Care*, 16(1), 53-93.
- Kantor, J.R. (1967) *Interbehavioral Psychology*. Granville: The Principia Press.
- Kobasa, S.C. (1985). Barriers to Work Stress: II. The Hardy Personality. En W.D. Gentry, H. Benson y C.J. de Wolff (Eds.) *Behavioral Medicine: Work, Stress and Health*. Dordrecht: Nijhoff. pp. 181-204.
- Kohlmann, C.W. (1993) Rigid and Flexible Modes of Coping: Related to Coping Style?. *Anxiety, Stress, and Coping*, 6, 107-123.
- Litt, M.D. (1988) Cognitive Mediators of Stressful Experience: Self-Efficacy and Perceived Control. *Cognitive Therapy and Research*, 12(3), 241-260.
- Langer, E.J. y Rodin, J. (1976). The effects of choice and enhanced personal control responsibility for the aged: A field experiment in an institutional setting. *Journal of Personality and Social Psychology*, 34, 191-198.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1984) *Stress, Appraisal and Coping*. Nueva York: Springer.
- Mandler, G. (1990) A Constructivist Theory of Emotion. En L. Stein; B. Leventhal y T. Trabasso (Eds.) *Psychological and Biological Approaches to Emotion*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Ass. pp. 21-44.
- Miller, S.M. (1979) Controllability and human stress: Method, evidence and theory. *Behaviour Research and Therapy*, 17, 287-304.
- O'Leary, A. (1992) Self-Efficacy and Health: Behavioral and Stress-Physiological Mediation. *Cognitive Theory and Research*, 16(2), 229-245.
- Pearlin, L.I. y Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.
- Pearlin, L.I.; Menaghan, E.G.; Lieberman, M.A. y Mullan, J.T. (1981). The stress process. *Journal of Health and Social Behavior*, 22, 337-356.
- Pribram, K.H. (1984) Emotion: A Neurobiological Analysis. En K. Scherer y P. Ekman (Eds.) *Approaches to Emotion*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Ass. pp. 13-38.
- Rotter, J.B. (1954) *Social Learning and Clinical Psychology*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice Hall.
- Seligman M.E.P. (1975) *Helplessness*. Nueva York: 1975. (Traducción; 1981. *Indefensión*. Madrid: Debate.)
- Simon, H.A. (1967) Motivational and emotional controls of cognition. *Psychological Review*, 74, 29-39.
- Smith, C.A.; Dobbins, C.J. y Wallston, K.A. (1991) The Medial Role of Perceived Competence in Psychological Adjustment to Rheumatoid Arthritis. *Journal of Applied Social Psychology*, 21(15), 1218-1247.
- Stephens, A. y Appels, A. (1989), *Stress, Personal Control and Health*. Chichester: John Wiley and Sons.
- Thompson, S.C. (1981) Will it hurt if I can control it? A complex answer to a simple question. *Psychological Bulletin*, 90, 89-101.

- Wallston, Kenneth A. (1992) Hocus-Pocus, the Focus Isn't on Locus: Rotter's social Learning Theory Modified for Health. *Cognitive Theory and Research*, 16(2), 183-199.
- White, R.W. (1959). Motivation reconsidered: the concept of competence. *Psychological Review*, 66, 297-333.
- Villamarín, F. (1990). Un análisis conceptual de la teoría de la autoeficacia y otros constructos psicológicos actuales. *Psicologemas*, 4(7), 107-125.

