

LA SALUD EMOCIONAL DESDE LA PERSPECTIVA DE LA COMPETENCIA PERCIBIDA ¹

EMOTIONAL HEALTH WITHIN THE SCOPE OF PERCEIVED COMPETENCE

BEATRIZ RUEDA, ANA MARÍA PÉREZ-GARCÍA y JOSÉ BERMÚDEZ

Departamento de personalidad, evaluación y tratamiento psicológicos
Facultad de Psicología. UNED

Recibido 4-11-02

Aceptado 1-2-03

Resumen

La finalidad de este trabajo ha sido analizar la relación que existe entre la competencia percibida (Wallston, 1992) y los procesos de afrontamiento, así como su influencia sobre la aparición de síntomas emocionales, en una muestra de sujetos sanos. Los objetivos planteados en esta investigación fueron los siguientes: (1) confirmar que la competencia percibida promueve un afrontamiento dirigido a la solución del problema, a la vez que disminuye el afrontamiento centrado en la emoción negativa y el autoinforme de síntomas; y (2) determinar si la conexión entre la percepción de competencia y la presencia de síntomas es directa, o se halla mediada por los procesos de afrontamiento.

La muestra estuvo compuesta por 173 sujetos, con una edad media de 33 años (rango 17-67). Los análisis de regresión pusieron de manifiesto que la competencia percibida predecía de forma positiva el afrontamiento centrado en la tarea, y de forma negativa el afrontamiento focalizado en la emoción y los síntomas autoinformados. Asimismo, cuando se introdujo el afrontamiento en la ecuación de regresión, solamente la relación entre la competencia percibida y los síntomas. Ni el afrontamiento focaliza-

Abstract

The aim of the present study was to analyze the relationship between perceived competence (Wallston, 1992), coping processes, and emotional symptoms in a healthy sample. The objectives for this research were the following ones: (1) to confirm that perceived competence fosters a problem-focused coping, and reduces the emotion-focused coping and the self-reported symptoms; and (2) to establish whether the connection between perceived competence and emotional symptoms is direct or if it is mediated by coping.

The sample was composed by 173 subjects, aged 17 to 67 years old and an average age of 33. The regression analyses demonstrated that perceived competence positively predicted task-focused coping, and negatively predicted emotion-focused one as well as self-reported symptoms. Furthermore, when coping was introduced into the regression equation, only emotion-focused coping partially mediated the relationship between perceived competence and the symptoms. Neither task coping nor avoidance coping were predictors of the self-reported symptoms.

We conclude that perceived competence beliefs constitute an important psychological

¹ Este trabajo forma parte del Proyecto de Investigación PB-98-0016, financiado por la DGICYT.

do en la tarea ni el de evitación resultaron predictores de los síntomas autoinformados.

A partir de estos resultados se pudo concluir que la creencia de competencia constituye un importante recurso psicológico, dado que reduce las consecuencias negativas del estrés, a la par que promueve un modo eficaz de afrontamiento de los problemas.

Palabras clave: Competencia percibida, afrontamiento, síntomas autoinformados.

Introducción

Uno de los constructos más complejos y ampliamente debatido dentro del ámbito de la psicología de la salud, es el que hace referencia a la percepción de control.

A pesar de su controvertida naturaleza (ver Skinner, 1996 para una revisión), existe también un cierto consenso a la hora de reconocer la profunda relación que guarda el control percibido con la salud física y el bienestar emocional (Christensen, Stephens y Townsend, 1998; Greca, 1989; Heckhausen y Schulz, 1995; Taylor, Helgeson, Redd y Skokan, 1991).

Como señala Thompson (1981), la creencia de control, con independencia de que llegue realmente a ejercerse, hace que el individuo se sienta capaz de relacionarse efectivamente con su entorno y de lograr las metas que desea. Asimismo, el hecho de que esta expectativa de dominio posibilite la regulación cognitiva y emocional, le confiere un importante papel en el ajuste psicológico del individuo (Bandura, 1997; Shapiro y Astin, 1998).

La creencia de control influye en la adaptación al medio a través de dos mecanismos complementarios: por un lado, promueve la acción directa para alterar las situaciones que resultan negativas para el sujeto; y por otro, facilita la respuesta emocional, bien para lograr que estas acciones sean más efectivas, o bien para alterar el significado de aquellas circunstancias que, bajo la perspectiva del individuo, no resultan modificables (Folkman y Lazarus, 1980; Rothbaum, Weisz, y Snyder, 1982).

resource as they promote an efficacious way of facing the problems and, thus, they reduce the negative consequences of stress.

Key words: Perceived competence, coping, self-reported symptoms.

A este respecto, McCarthy y Newcomb (1992) observaron que los sujetos que se sentían con más capacidad para actuar ante los problemas, mostraban mayor implicación con su entorno, y percibían un apoyo social más elevado, así como más recursos personales para afrontar las dificultades. De igual modo, los sujetos que se consideraban más habilidosos a la hora de reestructurar cognitivamente los acontecimientos estresantes, presentaban una percepción de control más alta y un nivel de depresión menor.

Por su parte, Zebb y Beck (1998) hallaron que la sensación de tener control sobre las emociones correlacionaba negativamente con la ansiedad-rasgo ($r = -.75$; $p < .002$), con la ansiedad-estado ($r = -.60$; $p < .002$), y con el nivel de preocupación ($r = -.62$; $p < .002$). En la misma línea, Arch (1992) observó que, en las situaciones de estrés, las personas que eran capaces de controlar sus pensamientos y su estado emocional, además de su comportamiento, informaban de un nivel de ansiedad anticipatorio menor.

Estos datos vienen a evidenciar que la creencia de control podría constituir un recurso psicológico, capaz de ampliar las posibilidades de afrontar efectivamente el estrés, además de ejercer un efecto directo sobre la salud emocional. Por ello, una estrategia adecuada para analizar la conexión que la expectativa de control mantiene con el estado de salud del individuo, sería encuadrarla dentro del marco de los procesos de afrontamiento y analizar así su vinculación con la aparición de síntomas emocionales (Folkman, 1984; Smith y Lazarus, 1990).

Dentro de la literatura relativa al control, un constructo que ha demostrado guardar una estrecha vinculación con el bienestar físico y psicológico es el de competencia percibida (CP; Wallston, 1989; 1992; 1997). La CP hace referencia a la creencia personal y generalizada de que se es capaz de interactuar efectivamente con el entorno. Su definición combina tanto la expectativa de autoeficacia («soy capaz de hacerlo») con la de resultados («con lo que haga, conseguiré lo que quiero»), integrando así el concepto de autoeficacia (Bandura, 1977; 1986) con el de internalidad (Rotter, 1966). Dado su nivel de generalidad, la CP resulta adecuada para medir índices globales de conducta (Smith, Wallston y Smith, 1995; Pender, Walter, Sechrist y Frank-Stromberg, 1990), de ahí que sea especialmente válida para predecir variables tales como el estilo de afrontamiento o los síntomas autoinformados.

La investigación realizada en torno a la vinculación de la CP y el afrontamiento tiende a avalar la hipótesis sostenida por diferentes estudios, acerca de la relación positiva entre percepción de control y afrontamiento instrumental (Compas, Banez, Malcarne y Worsham, 1988; David y Suls, 1999). En distintos trabajos realizados con enfermos, Wallston y sus colaboradores hallaron que la CP se asociaba negativamente con el afrontamiento pasivo del dolor ($r = -.49$; $p < .001$ en Smith y Wallston, 1992; $r = -.41$; $p < .0001$ en Smith y cols., 1995). De igual modo, empleando una muestra de sujetos sanos, observaron que los individuos que se sentían más competentes en el manejo de su salud, hacían frente al estrés utilizando estrategias activas de afrontamiento, tales como planificar la actuación, tomar decisiones o interpretar la situación de forma positiva (Smith y cols., 1995).

A pesar de esta evidencia, el volumen de investigación llevada a cabo con este constructo en el ámbito del afrontamiento es aún escaso, habiéndose realizado principalmente con muestras clínicas. Por ello resulta necesario continuar estudiando la relación que mantiene la CP con el afrontamiento general del estrés, empleando muestras de sujetos sanos, con el fin de poder obtener una mayor generalización de los resultados.

En relación con la presencia de síntomas, los resultados obtenidos hasta el momento ratifican el papel protector de la CP sobre el bienestar emocional. El trabajo de Fernández-Castro, Álvarez, Blasco, Doval y Sanz (1998), puso de manifiesto que la CP correlacionaba negativamente con diversas medidas de síntomas de estrés. En un estudio posterior, Blasco, Fernández-Castro, Doval, Moix, Rovira y Sanz (1999) observaron que la CP parecía asociarse positivamente con el vigor y la activación, y negativamente con la tensión, el cansancio y la depresión. No obstante los autores manifestaron una cierta cautela a la hora de exponer estos resultados, dado el posible efecto suelo que se observó a partir de las puntuaciones.

De igual forma, Smith, Dobbins y Wallston (1991) encontraron en una muestra de pacientes con enfermedad reumatoide, que la CP era un importante predictor del grado de satisfacción vital y del estado depresivo. A pesar de la potencia de sus resultados, Smith y colaboradores sugirieron la necesidad de valorar la posible influencia de las estrategias de afrontamiento en la relación entre ambas variables. Esta sugerencia fue también la que plantearon Zuckerman, Knee, Kieffer, Rawsthorne y Bruce (1996), cuando trataron de explicar por qué las personas que tenían las creencias irrealistas de control, presentaban un estado de salud más pobre.

A la luz de estos resultados, puede decirse que el estudio del papel que desempeña la CP en el marco de la salud emocional, requiere una investigación más profunda, en la que se repliquen los resultados obtenidos hasta el momento. De igual modo, parece necesario dilucidar si el efecto que ejerce la CP sobre los síntomas emocionales es directo, o puede estar mediado por los procesos de afrontamiento.

El presente trabajo planteó, por lo tanto, un doble objetivo. Por un lado, analizar la conexión que guardaba la CP con el estilo de afrontamiento de la persona y con su salud emocional. Y por otro, clarificar si la CP podía promover de forma directa el bienestar emocional, o requería el uso de los procesos de afrontamiento. En este sentido cabía esperar que la CP se asociara positivamente con el afrontamiento centrado en la tarea, y negativamente con el afrontamiento centrado en la emoción y con el

autoinforme de síntomas. Respecto a los procesos de afrontamiento se desconocía su posible función mediacional.

Método

Sujetos

La muestra que participó en esta investigación estaba formada por 173 sujetos, de los cuales un 76% fueron mujeres y un 24% varones. La edad media fue de 33,46 años (DT = 10,7), estando el rango comprendido entre los 17 y los 67 años.

Procedimiento

La selección de la muestra se llevó a cabo entre estudiantes que cursaban primer y segundo curso de psicología, y entre un grupo de personas que asistían habitualmente a una clase de relajación. A los sujetos se les entregó directamente el cuestionario, el cual, una vez rellenado, debía ser devuelto por correo a la facultad de psicología.

Instrumentos de medida aplicados

Los sujetos cumplieron las siguientes pruebas:

La *Escala de Competencia Percibida* (adaptación española realizada por Fernández-Castro y cols., 1998; Wallston, 1992). Este instrumento, compuesto de 8 ítems, mide la expectativa que tenían los sujetos acerca de su capacidad para manejar el entorno con eficacia. El formato de respuesta fue tipo Likert, con cinco alternativas (1= Nada; 2= Poco; 3= Algo; 4= Bastante; 5= Mucho). El coeficiente de fiabilidad alfa que se obtuvo utilizando la presente muestra fue de .80.

El *Inventario de Afrontamiento de situaciones estresantes* (CISS, Endler y Parker, 1990; Sánchez-Elvira, 1997). Esta prueba evalúa las diferentes acciones que puede llevar a cabo una persona ante las situaciones de estrés. Incluye 48 ítems, agrupados en tres subescalas (tarea, emoción y evitación) de 16 ítems cada una. En

la presente muestra, los coeficientes de fiabilidad fueron los siguientes: $\alpha = .87$ para la subescala de tarea; $\alpha = .90$ para la subescala de emoción; y $\alpha = .87$ para la subescala de evitación. El formato de respuesta incluyó cinco alternativas que abarcaban desde 1 (Nada) hasta 5 (Mucho).

La *Escala de síntomas autoinformados* (basada en Bermúdez, Sánchez-Elvira y Pérez-García, 1990): Se incluyeron 6 ítems que hacían referencia a síntomas de naturaleza emocional (tensión, excitación, nervios, irritabilidad, cansancio y debilidad). El sujeto debía indicar si padecía alguno de ellos en el momento en que realizaba la prueba. Para llevar a cabo el recuento de los síntomas se asignó el valor de «1» a su presencia, y de «0» a su ausencia. Para el análisis de resultados se halló un índice total de los síntomas emocionales sumando los valores que se habían dado a cada uno de los ítems. El coeficiente de fiabilidad α de esta escala fue de .62.

Resultados

A partir de los estadísticos descriptivos (ver tabla 1), se observó que las puntuaciones en CP y en el afrontamiento centrado en la tarea fueron moderadamente altas, siendo el afrontamiento centrado en la emoción y en la evitación menores. De igual forma, el nivel de síntomas autoinformados fue también bajo.

Tabla 1. Medias, desviaciones típicas y rangos en percepción de competencia, estrategias de afrontamiento y síntomas

	Media	DT	Rango real	Rango posible
Competencia percibida	29,21	4,16	13-38	8-40
Afrontamiento-tarea	61,07	8,05	36-80	16-80
Afrontamiento-emoción	44,40	11,24	16-70	16-80
Afrontamiento-evitación	45,01	11,77	18-78	16-80
Síntomas emocionales	1,31	1,42	0-6	0-6

En la tabla 2 se presentan las correlaciones entre la CP y las variables criterio (afrontamiento y síntomas). Como puede apreciarse, la CP se asoció positivamente con el afrontamiento centrado en la tarea y en la evitación, aunque en este último caso la relación fue más moderada. La conexión entre CP y el afrontamiento centrado en la emoción, así como entre CP y los síntomas emocionales fue negativa. Por su parte, las correlaciones entre afrontamiento centrado en la emoción y de evitación con síntomas fueron positivas y significativas, mientras que la asociación entre afrontamiento centrado en la tarea y síntomas fue también significativa, pero de signo negativo.

Tabla 2. Correlaciones entre competencia percibida, estrategias de afrontamiento y síntomas informados

	CP	Afront. tarea	Afront. emoción	Afront. evitac.
Afront.-tarea	.49**	—		
Afront-emoción	-.48**	-.25**	—	
Afront.-evitación	.21**	.31**	.19*	—
Síntomas	-.40**	-.17*	.45**	.24**

** p < .001; * p < .01

Los diferentes análisis de regresión que se llevaron a cabo a continuación (ver tabla 3 para comprobar la varianza explicada en cada análisis) indicaron que la CP predecía positivamente el afrontamiento centrado en la tarea y en la evitación, y negativamente el afrontamiento centrado en la emoción. Con respecto a los síntomas emocionales, la CP resultó ser también un predictor significativo de signo negativo.

Para comprobar el posible papel mediacional de los procesos de afrontamiento se empleó el procedimiento señalado por Baron y Kenny (1986). Tras haber efectuado la regresión de la CP sobre el afrontamiento y los síntomas, se realizó un nuevo análisis de regresión (ver tabla 4), siendo la CP y los procesos de afrontamiento las variables predictoras, y los síntomas emocionales la variable criterio. Los resultados de este

Tabla 3. Análisis de regresión de la competencia percibida sobre las estrategias de afrontamiento y los síntomas emocionales

Predictor	Criterio	β	F(1,171)	R ²
Competencia percibida	Afront.tarea	.49***	53,09***	.24
	Afront.-emoción	-.48***	52,07***	.23
	Afront.-evitación	.21**	7,60**	.04
	Síntomas emocionales	-.40***	32,74***	.16

*** p < .000; ** p < .001

análisis pusieron de manifiesto que, tras haber introducido en la ecuación las variables relativas al afrontamiento, el coeficiente de regresión estandarizado de la competencia se mantenía, aunque disminuyó ligeramente. De los tres estilos de afrontamiento, sólo el centrado en la emoción predijo significativamente la presencia de síntomas, apreciándose un incremento de un 10% (pasa la R² de .16 a .26) en el valor predictivo de la ecuación.

Discusión

Los resultados obtenidos a partir de los análisis efectuados indicaron que, por una parte, la CP promueve un estilo de afrontamiento centra-

Tabla 4. Análisis de regresión de la competencia percibida y las estrategias de afrontamiento sobre los síntomas emocionales

Predictores	Criterio	β	F(4,168)	R ²
Competencia percibida		-.30**		
Afront. tarea	Síntomas emocionales	.004	14,79***	.26
Afront. emoción		.28**		
Afront. evitación		.14		

*** p < .000; ** p < .001

do en la tarea y en el control adecuado de la respuesta emocional; y, por otra, tiende a ejercer un papel protector sobre el bienestar del individuo. Además, de los diferentes estilos de afrontamiento, el centrado en la emoción es el único que llega a mediar parcialmente la relación entre estas la CP y los síntomas.

El hecho de que las personas que perciben más control sobre su entorno tiendan a ejercer un afrontamiento de tipo instrumental corrobora los resultados obtenidos en este punto por diferentes estudios (Carver, Scheier y Weintraub, 1989; David y Suls, 1999; Smith y Wallston, 1992; Smith y cols., 1995). Sin embargo es necesario resaltar que, en función de los ítems que componen la escala, este estilo de afrontamiento no se focaliza exclusivamente en la confrontación o en la solución del problema, sino que incluye también otras acciones que pretenden la regulación emocional de la persona, tales como el intento por atribuir un significado a la situación («esforzarme por comprender la situación»), o la reevaluación positiva («utilizar la situación para ver de lo que soy capaz»).

La dimensión positiva del afrontamiento centrado en la tarea, parece estar presente también en el afrontamiento de evitación, como puede deducirse de la correlación positiva obtenida entre competencia y este estilo de afrontamiento. Este resultado podría explicarse si se tiene en cuenta que una de las subescalas que componen el afrontamiento centrado en la evitación, es la de diversión social, cuyo contenido se relaciona con la búsqueda de apoyo social. De manera que la disposición de más recursos sociales y su empleo eficaz, podría ser también característico de los sujetos con mayor percepción de control (McCarthy y Newcomb, 1992).

A diferencia de los procesos de afrontamiento anteriores, la asociación entre la CP y el afrontamiento centrado en la emoción es de signo negativo, de forma que resulta plausible pensar que una baja expectativa de competencia parece asociarse con una forma de afrontamiento caracterizado por la expresión negativa de la emoción, incluyendo reacciones de hostilidad o de aceptación pasiva de la situación.

Por otro lado se hace patente también la función promotora de la CP en el ámbito de la

salud emocional, avalando así los resultados obtenidos en diferentes investigaciones (Blasco y cols., 1999; Heckhausen y Schulz, 1995; Pastor y cols., 1999). La relación negativa que demuestra tener esta variable con la presencia de síntomas emocionales, podría explicarse teniendo en cuenta el tipo de afectividad que caracteriza a las personas con mayor sensación de competencia. Dado el bajo nivel de afrontamiento centrado en la emoción, resulta lógico considerar que la CP puede ir acompañada de un tipo de afectividad más positiva, que favorezca la disminución de los síntomas. Diferentes autores (Brown y Moskowitz, 1997; Watson y Pennebaker, 1989) han sugerido que los sujetos que tienden a informar de un mayor número de quejas somáticas, se caracterizan también por una afectividad negativa, la cual se refleja en una visión pesimista de la realidad, un estado general de descontento y malestar, y una opinión desfavorable respecto de sí mismos.

De otro lado, cabe pensar también que los sujetos con una expectativa de competencia más elevada, aun padeciendo este tipo de síntomas, les prestarán menos atención. Una baja percepción de control parece ir acompañada de una interpretación negativa de las sensaciones fisiológicas, considerándolas como síntomas de alguna enfermedad (Elliot y Marmarosh, 1994). Pennebaker (1982) ha subrayado en este sentido, que la sensación de bajo dominio sobre la situación podría activar el funcionamiento de esquemas negativos, los cuales potenciarán, a su vez, la atención selectiva hacia las sensaciones corporales.

Estas conclusiones son, no obstante, tentativas, en la medida en que en este estudio no se tomaron medidas específicas de afectividad o de atención hacia los síntomas. No obstante, merecen ser abordadas en futuros trabajos en los que se analice específicamente el estado emocional que caracteriza a los individuos con una creencia de competencia alta, así como los procesos atencionales y cognitivos que pueden desencadenarse ante síntomas de carácter físico o emocional.

Finalmente, el análisis efectuado para clarificar la posible intervención de las estrategias de afrontamiento, demuestra que, aunque existe una cierta influencia del afrontamiento emocional en

la percepción de síntomas emocionales, la CP mantiene su peso predictivo, avalando así su potencial como un recurso psicológico de primer orden (Lazarus y Folkman, 1987; Pearlin y Scholmer, 1978). De esta forma, la CP tiene un efecto directo y otro mediacional, no sólo por propiciar la puesta en marcha de afrontamiento activo sino, tal vez, por frenar el empleo de afrontamiento emocional de carácter desadaptativo. Este dato puede venir avalado por la contribución del afrontamiento centrado en la evitación, que es del mismo signo que el centrado en la tarea, aunque no llegue a alcanzar la significación.

Estos resultados se hallan próximos a los encontrados por Folkman, Lazarus, Gruen y DeLongis (1986). En su estudio sobre las relaciones entre la percepción de dominio, los procesos de afrontamiento y la presencia de síntomas, las características de personalidad (creencia de control y confianza interpersonal) continuaron asociándose negativamente con los síntomas, aun después de haber controlado las variables relativas a la valoración y las estrategias de afrontamiento.

De esta forma, la percepción de competencia como creencia global implica una visión constructiva y ordenada de la realidad, así como de la función que el individuo desempeña en ella, lo cual podría revertir en un estado de salud más favorable. De hecho, la CP ha demostrado vincularse, e incluso solaparse con otros constructos, como la expectativa de autoeficacia (Bandura, 1997), el optimismo (Scheier y Carver, 1985) o la autoestima (Wallston, 1989), los cuales se asocian también con un mayor bienestar físico y psicológico, además de reflejar esa misma percepción positiva del mundo.

El análisis detenido de los resultados reflejados en este trabajo también obliga a considerar las posibles limitaciones del mismo. Por un lado, la edad de los sujetos que compusieron la muestra (33 años), hace que cualquier extrapolación de las conclusiones obtenidas a poblaciones de edad más avanzada, se lleve a cabo con una cierta cautela. Variables como el estado de salud, la influencia de experiencias de éxito o de fracaso, así como la interpretación de los acontecimientos vitales sucedidos, podrían modular el sentido de la competencia (Heckhausen y Schulz, 1995), provocando que la realización de

acciones que pueden ser eficaces para las personas jóvenes no lo sean para las de más edad.

Asimismo, la interacción formulada entre la CP y la respuesta al estrés debe ser abordada también desde perspectivas microanalíticas, en las que se atiende al tipo de valoraciones y estrategias que se llevan a cabo ante situaciones estresantes determinadas. Este tipo de enfoque sería más acertado a la hora de calibrar la variabilidad de los procesos de estrés y afrontamiento, además de que permitiría analizar con mayor precisión la influencia recíproca entre los diferentes componentes y sus posibles consecuencias emocionales.

Por último, dado que el criterio que se ha seguido en este trabajo para la estimación de los síntomas ha sido el autoinforme, es preciso que en futuras investigaciones el registro de esta variable se complemente con otras medidas de carácter más objetivo (evaluación de terceras personas, prescripción de medicación, funcionamiento de otros sistemas biológicos, etc.), para poder obtener así una perspectiva más integradora de las repercusiones que la percepción de control tiene sobre el estado de salud de la persona.

Referencias

- Arch, E.C. (1992). Affective control efficacy as a factor in willingness to participate in a public performance situation. *Psychological Reports*, 70, 3-9.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Baron, R.M. y Kenny, D.A. (1986). The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: Conceptual, strategic, and statistical considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 5-37.
- Bermúdez, J., Sánchez-Elvira, M.A., Pérez García, A.M., y Oíz, B. (1990). *Proyecto Salud*. Informe no publicado del Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Madrid, UNED.
- Blasco, T., Fernández-Castro, J., Doval, E., Moix, J., Rovira, T., y Sanz, A. (1999). Competencia personal y estrés. *Ansiedad y estrés*, 5, 261-273.

- Brown, K.W. y Moskowitz, D.S. (1997). Does unhappiness make you sick? The role of affect and neuroticism in the experience of common physical symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 907-917.
- Carver, C.S., Scheier, M.F., y Weintraub, J.K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 267-283.
- Christensen, K.A., Stephens, M.A.P., y Townsend, A.L. (1998). Mastery in women's multiple roles and well-being: Adult daughters providing care to impaired parents. *Health Psychology*, 17, 163-171.
- Compas, B.E., Banez, G.A., Malcarne, V.L. y Worsham, N. (1988). Perceived control and coping with stress: A developmental perspective. *Journal of Social Issues*, 47, 23-34.
- David, J.P., y Suls, J. (1999). Coping efforts in daily life: Role of big five traits and problem appraisals. *Journal of Personality*, 67, 265-294.
- Elliot, T.R., y Marmarosh, C.L. (1994). Problem-solving appraisal, health complaints, and health-related experiences. *Journal of Counseling and Development*, 72, 531-537.
- Endler, N.S., y Parker, J.D.A. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 844-854.
- Fernández-Castro, J., Álvarez, M., Blasco, T., Doval, E., y Sanz, A. (1998). Validación de la escala de competencia personal de Wallston: Implicaciones para el estudio del estrés. *Ansiedad y Estrés*, 4, 31-41.
- Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes. A theoretical analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 839-852.
- Folkman, S., y Lazarus, S.R., (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Personality and Social Psychology*, 16, 20-28.
- Folkman, S., Lazarus, S.R., Gruen, R.J. y Delongis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 571-579.
- Grecas, V. (1989). The social psychology of self-efficacy. *Annual Review of Sociology*, 15, 291-316.
- Heckhausen, J., y Schulz, R. (1995). A life-span theory of control. *Psychological Review*, 102, 284-304.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1, 141-169.
- McCarthy, W. y Newcomb, M.D. (1992). Two dimensions of perceived self-efficacy: Cognitive control and behavioral coping ability. En R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy and thought control of action* (pp.39-64). Washington, DC: Hemisphere.
- Pearlin, L.I., y Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19, 2-21.
- Pennebaker, J.W. (1982). *The psychology of physical symptoms*. New York: Springer-Verlag.
- Pender, N.J., Walker, S.N., Sechrist, K.R. y Stromborg, M.F. (1990). Predicting health-promoting lifestyles in the workplace. *Nursing Research*, 39, 326-333.
- Rothbaum, F., Weisz, J.R. y Snyder, S.S. (1982). Changing the world and changing the self: A two process model of perceived control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 5-37.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, No.1.
- Sánchez-Elvira, A. (1997). *Spanish Coping Inventory for Stressful Situations (CISS, Endler & Parker, 1990)*. Canadá: Multi-Health Systems Inc.
- Scheier, M.F., y Carver, C.S. (1985). Optimism, coping and health: Assessment and implications of generalized expectancies on health. *Health Psychology*, 4, 219-247.
- Shapiro, D.H.Jr. y Astin, J.A. (1998). *Control therapy: An integrated approach to psychotherapy, health, and healing*. NY: John Wiley & Sons.
- Skinner, E.A. (1996). A guide to constructs of control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 549-570.
- Smith, C.A., Dobbins, C.J. y Wallston, K.A. (1991). The mediational role of perceived competence in psychological adjustment to rheumatoid arthritis. *Journal of Applied Social Psychology*, 21, 1218-1247.
- Smith, C.A. y Lazarus, R.S. (1990). Emotion and adaptation. En L.A. Pervin (Ed.), *Handbook of personality: Theory and research*, (pp. 609-637). New York: Guilford Press.
- Smith, C.A. y Wallston, K.A. (1992). Adaptation in patients with chronic rheumatoid arthritis: Application of a general model. *Health Psychology*, 11, 151-162.
- Smith, M. S., Wallston, K.A. y Smith, C.A. (1995). The development and validation of the Perceived Health Competence Scale. *Health Education Research*, 10, 51-64.
- Taylor, S.E., Helgeson, V.S., Reed, G.M. y Skokan, L.A. (1991). Self-generated feelings of control and adjustment to physical illness. *Journal of Social Issues*, 47, 91-109.
- Thompson, S.C. (1981). Will it hurt less if I can control it? A complex answer to a simple question. *Psychological Bulletin*, 90, 89-101.
- Wallston, K.A. (1989). Assessment of control in health-care settings. En A. Steptoe y A. Appels

- (Eds.), *Stress, personal control and health* (pp. 85-105). Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Wallston, K.A. (1992). Hocus-pocus, the focus is not strictly on locus: Rotter's social learning theory modified for health. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 183-199.
- Wallston, K.A. (1997). Perceived control and health behavior. En A. Baum, S. Newman, J. Weinman, R. West y C. McManus (Eds.), *Cambridge handbook of psychology, health and medicine* (pp.151-154). Cambridge University Press.
- Watson, D. y Pennebaker, J.W. (1989). Health complaints, stress and distress: Exploring the central role of negative affectivity. *Psychological Review*, 96, 234-254.
- Zebb, B.J. y Beck, J.G. (1998). Worry versus anxiety. *Behavior Modification*, 22, 45-61.
- Zuckerman, M., Knee, R.C., Kieffer, S.C., Rawsthorne, L. y Bruce, L.M. (1996). Beliefs in realistic and unrealistic control and implications. *Journal of Personality*, 64, 433-464.