

INFLUENCIA DE LAS EMOCIONES NEGATIVAS SOBRE LA PERCEPCIÓN DE COMPETENCIA EN SALUD Y LA CALIDAD DE VIDA EN LA HIPERTENSIÓN ESENCIAL

Beatriz Rueda
Ana María Pérez-García

Departamento de Psicología de la Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos
Facultad de Psicología - UNED

RESUMEN

La finalidad de este estudio fue examinar la influencia de la Percepción de Competencia en Salud (PCS) y el papel mediacional del malestar emocional, sobre la calidad de vida (apoyo social, satisfacción y bienestar) en el contexto de la hipertensión esencial. Ciento cincuenta pacientes (75 mujeres y 75 varones) fueron evaluados en el hospital y tres meses más tarde. En términos generales, la PCS contribuyó positivamente a explicar las dimensiones de la calidad de vida, principalmente la satisfacción y el bienestar, mientras que el malestar emocional las predijo negativamente. El papel mediacional del malestar emocional se obtuvo sólo en la línea de base, pero no se constató en el seguimiento. En conclusión, la PCS influye de manera substancial sobre la calidad de vida de los pacientes hipertensos, aunque este impacto está de alguna forma mediado por el efecto perjudicial de las emociones negativas.

Palabras clave: PERCEPCIÓN DE COMPETENCIA; MALESTAR; CALIDAD DE VIDA; HIPERTENSIÓN ESENCIAL

SUMMARY

The aim of this study was to examine the influence of Perceived Health Competence (PHC) and the mediational role of distress, on quality of life (social support, satisfaction and well-being) in the context of essential hypertension. One hundred and fifty patients (75 females and 75 males) were assessed in the hospital and 3 months later. In general, PHC positively contributed to explain the dimensions of quality of life, mainly satisfaction and well-being, whereas distress negatively predicted them. The mediational role of distress was only obtained at baseline, but no supported at follow-up. In conclusion, PHC substantially influences quality of life in hypertensive patients, although this impact is somewhat mediated by the harmful effect of negative emotions.

Key words: PERCEIVED COMPETENCE; DISTRESS; QUALITY OF LIFE; ESSENTIAL HYPERTENSION

INTRODUCCIÓN

La hipertensión esencial representa uno de los factores de riesgo más importantes de la enfermedad cardiovascular. En sí misma es, además, una enfermedad crónica que exige una sustancial modificación de los hábitos de vida, y un tratamiento farmacológico de larga duración (JNC 7, 2003).

Como consecuencia de estas características, uno de los aspectos en los que más negativamente influye la hipertensión es en la calidad de vida de los enfermos que la padecen. Así, los pacientes hipertensos presentan índices de malestar emocional más altos, mayor número de problemas relacionados con el sueño, la movilidad y el aislamiento social, y un nivel de energía menor, en comparación con personas normotensas (Chambers, Guo, Siervogel, y Chumlea, 2002; Coelho, Santos, Ribeiro, y cols., 1999).

Incluso, si se comparan las consecuencias que puede tener la presencia de otros factores de riesgo cardiovascular, la hipertensión

se asocia con unos resultados más negativos. Un estudio reciente (Lalonde, O'Connor, Joseph, y cols., 2004) ha puesto de manifiesto que personas que habían sufrido un infarto de miocardio o una angina de pecho, y que además eran hipertensas, informaban de un peor estado de salud físico y psicológico. Sin embargo, aquellos enfermos que, en lugar de hipertensión tenían hiperlipemia, se caracterizaban por unas puntuaciones más altas en el estado de salud percibido.

A partir de la revisión de estos trabajos, se hace clara la necesidad de contemplar las facetas relacionadas con la calidad de vida en muestras de enfermos hipertensos, así como las posibles fluctuaciones que estas dimensiones puedan tener a lo largo del curso de la enfermedad (Arnold, Ranchor, Sanderman, y cols., 2004).

Por otra parte, esta cuestión debe examinarse a la luz de las propias características psicosociales del paciente y de sus estados emocionales, factores estos que también presentan un peso destacado en el grado de bienestar y ajuste alcanzados ante la enfermedad cardiovascular (Bosworth, Bartash, Olsen, y Steffens, 2003; Wielgosz, y Nolan, 2000).

Bajo la perspectiva del aprendizaje social (Bandura, 1989; Rotter, 1954) y de su aplicación al ámbito clínico, numerosas investigaciones han resaltado que la percepción de competencia, esto es, la creencia de que se es capaz de afrontar cualquier tipo de situación estresante de modo eficaz, constituye una característica de personalidad con una función relevante a la hora de manejar la enfermedad crónica (Martín-Aragón, Pastor, Lledó, y cols., 2001; Smith, Dobbins, y Wallston, 1991; Smith, y Wallston, 1992).

Desde un punto de vista más específico, la *Percepción de Competencia en Salud* (PCS), propuesta por Wallston y colaboradores (Smith, Wallston, y Smith, 1995) para definir la expectativa de que uno puede solventar adecuadamente los problemas y cuestiones de salud, se ha relacionado con resultados beneficiosos para la adaptación a los procesos de enfermedad. La PCS ha demostrado promover el funcionamiento social y psicológico de enfermos con diferentes patologías, y reducir sus niveles de malestar emocional (Arora, Johnson, Gustafson y cols., 2002; Bonnetti, Johnston, Rodríguez-Marín, y cols., 2001; Smith, y cols., 1995).

Conclusiones parecidas se han alcanzado en pacientes coronarios y evaluados en diferentes momentos temporales (Kempen, Sanderman, Miedema, y cols., 2000; Schwarzer, y Schröder, 1997). En particular Edwards, Telfair, Cecil y Lenoci (2001) han observado en enfermos cardiovasculares que la percepción de autoeficacia aparecía como un predictor significativo y negativo de los síntomas psicológicos, las visitas médicas y el dolor autoinformado, tanto en el primer momento de la evaluación como al cabo de un año.

En cuanto a la hipertensión esencial, se ha evidenciado que la creencia de control interno para la salud se asocia con un mejor ajuste (Powers, y Jalowiec, 1987) y con una mayor adherencia al tratamiento (Botha, Du Pleiss, Van Rooyen, y Wissing, 2002). No obstante, hasta la fecha, no se ha encontrado ninguna investigación que analice sistemáticamente la contribución específica de la PCS en la promoción de la calidad de vida del paciente hipertenso.

Un segundo factor que parece incidir en gran medida sobre la calidad de vida en pacientes con problemas cardiovasculares, es su estado emocional. En patologías asociadas a la hipertensión esencial, como la diabetes, el fallo renal o el infarto, se ha observado que las respuestas de ansiedad y depresión se vinculan con un mayor deterioro en la dimensión física, social y mental (De Visser, Bilo, Groenier, y cols., 2002; Martín, y Thompson, 2000), así como con la recurrencia de episodios y síndromes coronarios (Frasure-Smith, Lespérance, y Talajic, 1995).

En lo que respecta al papel de las emociones dentro de la hipertensión, la investigación llevada a cabo ha seguido dos líneas diferentes. Por una parte, se ha tratado de examinar la conexión entre los estados emocionales negativos, como la hostilidad, la depresión o la ansiedad, y la aparición de la hipertensión (Bosworth, y cols., 2003; Jonas, y Lando, 2000). Y por otra, se ha pretendido estudiar cuál era el nivel de esas emociones en pacientes ya diagnosticados como hipertensos (Francés, Palarea, Ojeda, y cols., 2001; Goldstein, y Shapiro, 2000). En este sentido, uno de los puntos a los que es necesario dedicar una mayor atención es al esclarecimiento de los efectos que tienen las emociones negativas sobre la calidad de vida en personas con hipertensión esencial.

De igual modo un conocimiento dinámico y comprehensivo de las relaciones, entre la PCS, los estados emocionales y la calidad de vida, requiere valorar en qué medida las respuestas afectivas negativas, no sólo influyen negativamente sobre el bienestar de la persona, sino también pueden estar mediando los efectos que la propia creencia de competencia en salud tiene sobre la calidad de vida.

A este respecto, el trabajo realizado por Badger (2001) puso de manifiesto que la depresión predecía de forma negativa el nivel de bienestar experimentado en una muestra de pacientes crónicos, entre los que se encontraban pacientes hipertensos; a la vez que mediaba totalmente la relación entre este criterio y la percepción de competencia. En este estudio, sin embargo, no se controlaron los efectos que las diferentes patologías podían estar ejerciendo sobre las variables en estudio.

OBJETIVOS E HIPÓTESIS

La presente investigación se ha centrado, en primer lugar, en analizar cómo influyen la PCS y los estados emocionales negativos sobre la calidad de vida, medida a través del apoyo social, la satisfacción personal y el bienestar percibidos por enfermos de hipertensión esencial, a lo largo del curso de su enfermedad. De otro lado, se ha tratado de determinar el posible papel mediador que podrían desempeñar estas emociones en la asociación entre la PCS y las diferentes dimensiones de la calidad de vida.

Teniendo en cuenta la literatura revisada, se predice que la PCS promoverá la calidad de vida percibida, elevando los niveles de apoyo social, satisfacción y bienestar informados en los pacientes hipertensos, mientras que el malestar emocional tendrá en este sentido una influencia negativa. En cuanto al efecto mediacional de las emociones, puesto que tan sólo se ha encontrado un estudio que abordara este aspecto en enfermos cardiovasculares (Badger, 2001), se plantea la siguiente pregunta de investigación: ¿Estarán mediando las respuestas emocionales negativas la relación de la PCS con el apoyo social, la satisfacción y el estado de bienestar en los enfermos hipertensos?

MÉTODO

Muestra

La presente investigación se llevó a cabo en colaboración con el hospital Clínico San Carlos de Madrid. Los pacientes que se eligieron para formar parte del estudio habían recibido ya el diagnóstico de hipertensión esencial (presiones arteriales iguales o superiores a 140/90 mmHg), y recurrían a la unidad de hipertensión de este hospital para iniciar el tratamiento o realizar su control periódico.

Los pacientes eran informados sobre la investigación una vez que terminaba su exploración médica. Si consentían en participar en el estudio, se les entregaba un cuestionario para que lo rellenaran en casa y lo devolvieran por correo.

Las dos condiciones que se establecieron para ser elegido como participante fueron tener una edad inferior a los 70 años, y no presentar problemas cognitivos o psiquiátricos que impidieran completar adecuadamente el cuestionario.

En esta primera fase de la investigación (T_1) se entregaron 341 cuadernillos con diversas escalas, entre ellas las relativas a la PCS, el estado emocional y la calidad de vida. 174 participantes devolvieron los cuestionarios rellenos, si bien hubo que descartar a 24 por no cumplir los requisitos previamente señalados. La muestra final, por tanto, se compuso de 150 participantes (75 mujeres y 75 varones), siendo la edad media de $53 \pm 11,84$ años.

La segunda fase del estudio (T_2) se llevó a cabo tres meses después. En ese momento, se envió por correo un nuevo cuestionario a las 116 personas que habían mostrado su acuerdo en continuar dentro de la investigación. De los 81 cuadernillos que se recibieron, uno de ellos tuvo que ser descartado por haber sido incorrectamente completado. La muestra final quedó entonces compuesta por 80 pacientes (36 mujeres y 44 varones), con una edad media de $50 \pm 12,05$ años.

Entre los participantes que continuaron en la segunda fase y los que la abandonaron, no se constataron diferencias significativas con respecto a la edad y a las dimensiones de apoyo social y satisfacción. Sin embargo, los participantes que siguieron en el estudio

tendían a presentar un malestar emocional más bajo ($M = 24,60$) y un nivel de percepción de competencia en salud más elevado ($M = 28,48$), así como un bienestar significativamente más alto ($M = 24,94$), que los participantes que no continuaron en él ($M = 26,93$, $t_{(148)} = 1,84$, $p < .07$ para el malestar emocional; $M = 26,97$, $t_{(148)} = 1,92$, $p < .06$ para PCS; y $M = 22,40$, $t_{(148)} = 2,31$, $p < .02$ para el bienestar).

Medidas

Percepción de Competencia en Salud: Para medir esta variable se utilizó la escala de Smith y colaboradores (1995). Este instrumento se compone de 8 ítems referidos a la creencia de ser capaz de manejarse eficazmente en el ámbito de la salud. El formato de respuesta fue tipo Likert con cinco puntos (desde 1 = Nada, hasta 5 = Mucho). La consistencia interna de la escala en la primera fase de la investigación fue .69, y en la segunda etapa .58.

Malestar emocional: Para medir el estado emocional de los pacientes se empleó la escala de Zigmond y Snaith (1983). Esta prueba consta de 14 ítems, siete de ellos evalúan síntomas de depresión y los otros siete síntomas de ansiedad en poblaciones no psiquiátricas. En el presente trabajo se obtuvo una medida global de malestar emocional sumando las puntuaciones dadas a estas dos subescalas; de forma que una puntuación elevada en este índice, indicaba un grado de perturbación emocional alto. Los coeficientes de fiabilidad de la escala obtenidos tanto en T_1 como en T_2 fueron .88.

Calidad de Vida: Las diferentes dimensiones relacionadas con la calidad de vida fueron medidas a través del Cuestionario de Calidad de Vida (CCV; Ruiz y Baca, 1993). Esta escala permite obtener, además de una puntuación global, medidas sobre aspectos más específicos de la calidad de vida; en concreto, sobre apoyo social, satisfacción personal, bienestar físico y psicológico, y disponibilidad de tiempo libre. En nuestro estudio se tuvieron en cuenta sólo las tres primeras dimensiones, ya que estas facetas parecen contribuir en mayor medida a conformar la calidad de vida (Ware, 1987). El formato de respuesta fue tipo Likert con cinco puntos (desde 1 = Nada, hasta 5 = Mucho). Los coeficientes de fiabilidad obtenidos en

la primera fase de la investigación fueron .77 para la subescala de apoyo social; .90 para la subescala de satisfacción personal; y .88 para la de bienestar. En el segundo momento de la investigación estos coeficientes se mantuvieron elevados, siendo .78 para apoyo social; .90 para satisfacción; y .88 para bienestar.

Análisis estadísticos

Los análisis estadísticos realizados se basaron en el cálculo de correlaciones de Pearson y en la obtención de modelos de regresión múltiple. Las correlaciones se obtuvieron para examinar la asociación de la PCS y el malestar emocional con las diferentes dimensiones de la calidad de vida. Los análisis de regresión múltiple, por su parte, estuvieron dirigidos a determinar la contribución específica de las variables predictoras (PCS y malestar emocional) en la explicación de las variables criterio (apoyo social, satisfacción y bienestar).

Tanto en T_1 como en T_2 , los análisis correlacionales y de regresión se llevaron a cabo con las variables medidas de forma transversal. No obstante, en las ecuaciones de regresión realizadas en T_2 para predecir el apoyo social, la satisfacción y el bienestar, se controló el efecto previo de estos mismos criterios.

A la hora de valorar el efecto mediador del malestar emocional se siguió el procedimiento propuesto por Baron y Kenny (1986). En opinión de estos autores, para que una variable funcione como mediadora deben cumplirse tres requisitos: (a) la variable independiente (en nuestro caso, PCS) debe dar cuenta de la variabilidad de la variable mediadora (malestar emocional) y de la variable dependiente (apoyo social, satisfacción y bienestar); (b) la variable mediadora, a su vez, debe explicar también parte de la variabilidad de la variable dependiente; y (c) después de controlar el efecto de la variable mediadora, la relación entre la variable independiente y la dependiente deja de ser total o parcialmente significativa.

El nivel de significación adoptado fue .05, para evitar aumentar el error tipo II. Para efectuar los diferentes análisis estadísticos se empleó el programa SPSS-10.0 para Windows.

RESULTADOS

Análisis preliminares

Las medias, desviaciones típicas y rangos de puntuación de cada uno de los factores psicosociales estudiados en las dos etapas, se presentan en la tabla 1. En ningún caso se obtuvieron cambios significativos en estas variables a lo largo de las dos fases de la investigación, evidenciándose así una cierta estabilidad en el nivel de la PCS, el malestar emocional y las diferentes facetas de la calidad de vida.

Por otra parte, puesto que el género constituye en el ámbito de la enfermedad cardiovascular un covariante cuyo efecto debe ser controlado (Hippisley-Cox, Pringle, Crown, y cols., 2001; Theorell, Alfredsson, Westerholm, y Falck, 2000), se procedió a examinar las posibles diferencias en función de esta variable. Los análisis indicaron que en T_1 los hombres puntuaban significativamente más alto en PCS ($M = 28.79$; $t_{(148)} = 2.63$, $p < .01$) y bienestar ($M = 25.80$; $t_{(148)} = 3.84$, $p < .001$), y más bajo en malestar emocional ($M = 23.81$; $t_{(148)} = 3.02$, $p < .01$), en comparación con las mujeres ($M = 26.76$ para PCS; $M = 21.71$ para bienestar; y $M = 27.56$ para malestar emocional). En T_2 estas mismas diferencias se mantuvieron (bienestar: $M = 25.95$ en hombres; $M = 22.91$ en mujeres, $t_{(78)} = 2.19$, $p < .01$; malestar: $M = 22.04$ en hombres; $M = 27.19$ en mujeres, $t_{(78)} = 3.13$, $p < .01$), a excepción de la PCS, en donde la diferencia entre hombres ($M = 28.36$) y mujeres ($M = 27.27$) no fue significativa.

Teniendo en cuenta estos resultados, en los análisis de regresión siguientes se controló la influencia del género.

Relaciones entre la PCS, el malestar emocional y las dimensiones de la calidad de vida en T_1

Para poder determinar cómo se asociaban la PCS y el malestar emocional entre sí, y con las dimensiones de la calidad de vida, se obtuvieron las correlaciones entre todas las variables.

Como se aprecia en la tabla 2, la PCS correlacionó negativamente con el malestar emocional, y positivamente con las tres dimensiones

Tabla 1.- Estadísticos descriptivos de las variables del estudio en los dos momentos de la investigación

	T ₁			T ₂		
	M	dt	Rango	M	dt	Rango
Percepción Competencia Salud	27.77	4.81	17-40	27.87	3.96	18-39
Malestar Emocional	25.69	7.80	15-53	24.36	7.69	15-52
Apoyo Social	34.50	5.77	13-45	34.46	5.07	22-45
Satisfacción	44.54	9.63	17-64	45.21	8.76	15-63
Bienestar	23.75	6.81	7-35	24.58	6,31	7-34

Tabla 2.- Intercorrelaciones entre la PCS, el malestar emocional y las dimensiones de la calidad de vida en T₁

<i>Variables</i>	1	2	3	4	5
1. Percepción Competencia Salud	—				
2. Malestar Emocional	-.35***	—			
3. Apoyo Social	.35***	-.39***	—		
4. Satisfacción	.46***	-.60***	.60***	—	
5. Bienestar	.55***	-.64***	.39***	.65***	—

***p<.001

de la calidad de vida, especialmente con el bienestar. El malestar emocional, a su vez, presentó correlaciones negativas con todos los aspectos de la calidad de vida, siendo las magnitudes de los coeficientes especialmente elevadas en el caso del bienestar y la satisfacción.

De esta manera se observó que, tanto la creencia de competencia en salud como el estado emocional negativo de los pacientes, constituían dos aspectos personales con un claro efecto sobre la calidad de vida. El sentirse competente en el manejo de la salud, además, amortiguaba la presencia de un estado de ánimo adverso.

Mediación del malestar emocional en T₁

A continuación se llevaron a cabo diferentes análisis de regresión múltiple para examinar la contribución de la PCS y el malestar emocional en la predicción de cada una de las facetas de la calidad de vida.

Los resultados mostrados en la tabla 3 sugieren, en primer lugar, que la PCS y el malestar emocional explicaron parte de la variabilidad del apoyo social, la satisfacción y el bienestar. La PCS predijo de modo positivo estos tres criterios, mientras que el malestar emocional lo hizo de forma negativa. De nuevo el peso de estos dos predictores fue especialmente alto en relación con el bienestar (PCS: $b = .51$, $p < .001$; y Malestar emocional: $b = -.71$, $p < .001$), y más bajo con respecto al apoyo social (PCS: $b = .37$, $p < .001$; y Malestar emocional: $b = -.41$, $p < .001$).

Por otra parte, la PCS predijo de forma significativa y negativa el malestar emocional ($b = -.32$, $p < .001$).

Esta primera serie de análisis de regresión, además de especificar las contribuciones de la PCS y el malestar emocional, permitían demostrar que se cumplían los requisitos necesarios para determinar la función mediadora de esta última variable.

Como se constata en la tabla 3, la relación de la PCS con las tres dimensiones de la calidad de vida estuvo mediada por el malestar emocional, ya que, al controlar el efecto del malestar, el peso de la PCS disminuyó, pasando de $.37$ a $.27$ en el caso del apoyo social;

Tabla 3.- Análisis de regresión múltiple prediciendo las dimensiones de la calidad de vida a partir de la PCS y el malestar emocional en T₁

APOYO SOCIAL	R²	F	gl	β
Género ^{as}	.12	11.15***	2,149	.09
PCS				.37***
Género	.16	14.11***	2,149	.11
Malestar emocional				-.41***
Género	.22	13.93***	3,149	.15*
PCS				.27**
Malestar emocional				-.33***
SATISFACCIÓN				
Género	.20	19.73***	2,149	.00
PCS				.46***
Género	.35	41.28***	2,149	.05
Malestar emocional				-.61***
Género	.42	37.63***	3,149	.09
PCS				.30***
Malestar emocional				-.51***
BIENESTAR				
Género	.33	37.30***	2,149	-.20**
PCS				.51***
Género	.57	96.89***	2,149	-.13*
Malestar emocional				-.71***
Género	.65	91.60***	3,149	-.08
PCS				.31***
Malestar emocional				-.61***

^{as} 1 = Varón 2 = Mujer

***p<.001

**p<.01

*p<.05

de .46 a .30 en el de la satisfacción; y de .51 a .31 en el del bienestar. No obstante, hay que señalar que, puesto que estos coeficientes de regresión continuaron siendo significativos, la mediación observada fue parcial, no anulándose por completo la influencia de la PCS.

Relaciones prospectivas entre la PCS, el malestar emocional y las dimensiones de la calidad de vida

Las correlaciones entre la PCS, el malestar emocional y las facetas de la calidad de vida medidas en T_2 , fueron bastante similares a las obtenidas en la primera fase del estudio (ver tabla 4). La PCS se volvió a asociar positivamente con todas las facetas de la calidad de vida, y de forma negativa con el malestar emocional. Éste, a su vez, correlacionó en gran medida y de modo negativo con la satisfacción y el bienestar. Sin embargo su conexión con el apoyo social fue mucho más tenue, ya que no alcanzó el nivel de significación.

A partir de los análisis de regresión (ver tabla 5), se observó que la PCS y el malestar emocional contribuían a explicar las dimensiones de satisfacción y bienestar, siendo el peso de la PCS positivo en ambos casos y el del malestar emocional negativo. Con respecto al apoyo social, ninguno de los dos predictores resultaron significativos. Asimismo la PCS predijo en sentido negativo el malestar emocional ($b = -.19$, $p < .01$).

En cuanto a la función mediadora del malestar emocional, los datos indicaron que este efecto no ocurrió con ninguna de las dimensiones de la calidad de vida. En lo que respecta a la satisfacción y el bienestar, a diferencia de la evidencia obtenida en la primera fase, el malestar emocional no llegó a predecir ninguno de estos dos criterios, y su presencia en la ecuación de regresión apenas disminuyó el efecto de la PCS (de $b = .14$ pasó a $b = .11$ en satisfacción; y de $b = .23$ pasó a $b = .20$ en bienestar). En relación con el apoyo social, tampoco se constató esta influencia mediadora, ya que ni la PCS ni el propio malestar emocional habían resultado ser previamente predictores significativos de este criterio.

En conclusión, estos resultados venían a poner de relieve que, al cabo del tiempo, la PCS ejercía una influencia directa sobre los

Tabla 4.- Intercorrelaciones entre la PCS, el malestar emocional y las dimensiones de la calidad de vida en T₂

<i>Variables</i>	1	2	3	4	5
1. Percepción Competencia Salud	—				
2. Malestar Emocional	-.45***	—			
3. Apoyo Social	.27*	-.21+	—		
4. Satisfacción	.35***	-.59***	.49***	—	
5. Bienestar	.52***	-.66***	.24*	.54***	—

***p<.001 *p<.05 †p<.06

Tabla 5.- Análisis de regresión múltiple prediciendo las dimensiones de la calidad de vida a partir de la PCS y el malestar emocional en T₂

APOYO SOCIAL	R ²	F	gl	β
Género ^{as}	.49	24.55***	3,79	.08
Apoyo social (T ₁)				.65***
PCS				.12
Género	.49	24.76***	3,79	.11
Apoyo social (T ₁)				.66***
Malestar emocional				-.13
Género	.49	18.70***	4,79	.11
Apoyo social (T ₁)				.64***
PCS				.08
Malestar emocional				-.10
<hr/>				
SATISFACCIÓN	R ²	F	gl	β
Género	.81	116.53***	3,79	-.07
Satisfacción (T ₁)				.85***
PCS				.14**
Género	.81	113.26***	3,79	-.04
Satisfacción (T ₁)				.81***
Malestar emocional				-.14*
Género	.82	89.30***	4,79	-.05
Satisfacción (T ₁)				.81***
PCS				.11*
Malestar emocional				-.09
<hr/>				
BIENESTAR	R ²	F	gl	β
Género	.65	48.27***	3,79	-.05
Bienestar (T ₁)				.67***
PCS				.23**
Género	.63	44.54***	3,79	-.02
Bienestar (T ₁)				.62***
Malestar emocional				-.23*
Género	.66	37.74***	3,79	-.02
Bienestar (T ₁)				.57***
CPS				.20*
Malestar emocional				-.16

^{as} 1 = Varón 2 = Mujer ***p<.001 **p<.01 *p<.05

aspectos de la calidad de vida vinculados con la satisfacción y el bienestar, paliando al mismo tiempo el efecto negativo del malestar emocional.

DISCUSIÓN

El objetivo principal de esta investigación fue examinar en pacientes con hipertensión esencial, la influencia que ejerce la creencia de competencia en salud sobre diferentes aspectos de la calidad de vida, y si tal influencia se encuentra mediada por la presencia de un estado emocional negativo.

En este sentido se observó que el hecho de sentirse competente en el manejo de las cuestiones de salud, se relacionaba con un aumento en el apoyo social percibido, la satisfacción personal y el nivel de bienestar. Este efecto protector de la PCS se reflejó en las dos fases de la investigación, aunque la relación con el apoyo social dejó de ser significativa en el segundo momento, una vez que se controló el efecto previo de este criterio.

Estos resultados acerca de la PCS siguen la misma línea que los obtenidos con otros trastornos crónicos, en donde esta expectativa se ha asociado con unos resultados positivos a lo largo del curso de la enfermedad (Smith et al., 1995; Smith y Wallston, 1992). Así por ejemplo, Sitges y colaboradores (Sitges, Rodríguez-Marín, Martín-Aragón, et al., 2001) demostraron en pacientes sometidos a rehabilitación física que la PCS predecía un estado de salud físico y psicológico más favorable, y una mayor capacidad para desempeñar las actividades físicas y sociales. Dentro del ámbito de la hipertensión, Powers y Jalowiec (1987) indicaron en su estudio que, entre los predictores del ajuste a la hipertensión, se encontraban un locus de control de la salud interno, una mayor sensación de poder controlar la hipertensión, y un menor número de problemas relacionados con la enfermedad.

A tenor de esta evidencia, se podría especular que una vía a través de la que podría estar actuando la PCS, sería mediante un afrontamiento adecuado de los diferentes aspectos de la hipertensión. Esta actuación, a su vez, podría disminuir los efectos negativos

asociados a esta patología, repercutiendo favorablemente sobre la calidad de vida de los pacientes. Esta sugerencia queda abierta, no obstante, a ser contrastada empíricamente en futuros trabajos, ya que en nuestra investigación no se tomaron medidas específicas de control y manejo de la hipertensión.

Asimismo, hay que destacar que el hecho de que la PCS sólo predijera en la segunda fase los criterios de bienestar y satisfacción, y no así el apoyo social, podría explicarse a partir del contenido de los ítems de la escala de PCS. Estos ítems están más relacionados con el logro del bienestar y la salud, y no tanto con la consecución de ayuda por parte de los demás. En este sentido, la variable de apoyo social empleada en nuestro estudio se puede entender como un criterio más general, cuya conexión con la PCS resulta por este motivo más débil.

Los análisis efectuados también pusieron de manifiesto que la PCS explicaba parte de la variabilidad del malestar emocional, siendo su peso en este sentido negativo. Si bien diferentes estudios han corroborado la importancia de la creencia de autoeficacia a la hora de amortiguar el impacto de la ansiedad y depresión en pacientes coronarios (Schwarzer y Schröder, 1997; Sullivan, LaCroix, Russo y Katon, 1998), los datos aportados en nuestro estudio resultan importantes en la medida en que, hasta el momento, no se ha encontrado ningún trabajo que aborde las relaciones de la PCS y el malestar emocional en pacientes hipertensos.

En cuanto a la influencia del malestar emocional sobre las tres facetas de la calidad de vida consideradas, los resultados indicaron que el estado emocional negativo se asociaba con un nivel más bajo en bienestar, satisfacción personal y apoyo social. Estas relaciones se apreciaron con mayor claridad en la primera fase de la investigación, ya que en la segunda etapa el peso del malestar en la predicción de los criterios fue más bajo, no siendo significativo en el caso del apoyo social.

Estos datos vendrían a presentar el malestar emocional como un factor con un impacto notable sobre la calidad de vida de los pacientes hipertensos; a la par que contribuirían a ampliar los dos enfoques con que tradicionalmente se ha estudiado la conexión entre la emoción y la hipertensión; es decir, el papel que desem-

peñan las emociones negativas en la aparición de este trastorno (Bosworth y cols., 2003; Jonas y Lando, 2000), o la presencia de estas emociones en pacientes hipertensos (Francés y cols., 2001; Goldstein y Shapiro, 2000).

Uno de los mecanismos por los que el malestar emocional podría estar incidiendo negativamente sobre las dimensiones de la calidad de vida, puede ser la baja adherencia al tratamiento médico. Diferentes estudios (Carney, Freedland, Miller y Jaffe, 2002; Katon y Ciechanowski, 2002) han subrayado que los estados emocionales negativos, y principalmente la depresión, estarían asociados con una peor implementación de las prescripciones médicas, y con una mayor frecuencia de hábitos de vida nocivos. Puesto que en nuestro estudio no se tomaron medidas de adherencia al tratamiento médico, este punto requiere, en consecuencia, una mayor atención por parte de nuevas investigaciones, en las que se profundice en la relación entre los estados emocionales y la adherencia a las pautas médicas.

De igual modo se podría apuntar que el malestar emocional, aun derivándose en nuestro estudio de síntomas de depresión y ansiedad, también podría estar asociado con una resolución inadecuada de otras emociones, como la agresividad y el enfado (Nykliceck, Vingerhoets y Van Heck, 1998). Diferentes autores (Goldstein y Shapiro, 2000; Smith, 1992; Smith y Ruiz, 2002) señalan que la falta de reconocimiento de estos estados, o su expresión inapropiada, además de incrementar las presiones arteriales, podría ocasionar un mayor número de conflictos sociales y problemas de salud en los pacientes con hipertensión, disminuyendo así su calidad de vida.

Con respecto al estudio del efecto mediador del malestar emocional, los datos de la primera fase de la investigación apoyaron esta función, observándose que el peso de la PCS en la predicción de los tres criterios de calidad de vida disminuía cuando se controlaba el efecto del malestar. Sin embargo, en la segunda etapa esta influencia mediacional no se constató, siendo entonces directa la relación de la PCS con las facetas de la calidad de vida.

Los resultados de la primera fase son congruentes con los aportados por Badger (2001), quien observó en enfermos con diferentes patologías, entre las que se encontraba la hipertensión, que la

depresión predecía de forma directa el bienestar, a la vez que mediaba totalmente la asociación entre este criterio y la percepción de competencia.

El hecho de que en la segunda fase de la investigación el efecto mediador no ocurriera, resulta difícil de explicar. En este sentido se puede argumentar que, al ser más reducido el tamaño de la muestra en esta segunda etapa ($N = 80$), la potencia del estudio para poder detectar este efecto podría haber sido más baja.

Una explicación alternativa reside en considerar que, en el primer momento de la investigación, los pacientes debían acudir al hospital para su revisión periódica. Este acontecimiento podría haber incrementado su nivel de malestar, y la influencia nociva de este estado sobre la calidad de vida, con independencia de lo capaces que se sintieran los pacientes de manejar los problemas de salud. No obstante esta interpretación resulta poco plausible, ya que entre las dos fases de la investigación no se detectaron diferencias significativas relativas al malestar emocional.

Finalmente, el presente estudio cuenta con una serie de limitaciones que deben ser tenidas en cuenta a la hora de sacar extraer cualquier tipo de conclusión. En primer lugar, todas las medidas empleadas fueron de carácter autoinformado, estando sujetas a sesgos personales. Tampoco se controló el efecto del Neuroticismo, el cual podría estar dando cuenta de parte de la variabilidad del malestar emocional, y, en consecuencia, afectando las relaciones establecidas con el resto de variables consideradas en el estudio. Por último, puesto que la segunda fase de este estudio se realizó al cabo de los tres meses, se hace necesario emplear otros momentos temporales más prolongados, con la finalidad de examinar si los efectos positivos de la PCS sobre la calidad de vida continúan siendo significativos.

En definitiva, a través de este estudio, se ha evidenciado que la creencia de que se es capaz de resolver adecuadamente los problemas de salud constituye un recurso personal importante en la promoción y el mantenimiento de la calidad de vida en pacientes hipertensos. Por el contrario, la experiencia de estados emocionales negativos tiende a repercutir desfavorablemente en el ajuste de estos enfermos ante su enfermedad. De esta manera, uno de los

contenidos del tratamiento global de la hipertensión esencial debería ser la identificación y resolución apropiadas de este tipo de respuestas emocionales.

REFERENCIAS

- Arnold, R., Ranchor, A.V., Sanderman, R., Kempen, G.I.J.M., Ormel, J., y Suurmeijer, T.P.B.M.** (2004). The relative contribution of domains of quality of life to overall quality of life for different chronic diseases. *Quality of Life Research*, 13, 883-896.
- Arora, N.K., Johnson, P., Gustafson, D.H., McTavish, F., Hawkins, R.P., y Pingree, S.** (2002). Barriers to information access, perceived health competence, and psychosocial health outcomes: Test of a mediation model in a breast cancer sample. *Patient Education Counseling*, 47, 37-46.
- Badger, T.A.** (2001). Depression, psychological resources, and health-related quality of life in older adults 75 and above. *Journal of Clinical Geropsychology*, 7, 189-200.
- Bandura, A.** (1989). Human agency in social cognitive theory. *American Psychologist*, 44, 1175-1184.
- 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.
- Bonetti, D., Johnston, M., Rodríguez-Marín, J., Pastor, MA., Martín-Aragón, M., Doherty, E., y Sheehan, K.** (2001). Dimensions of perceived control: A factor analysis of three measures and an examination of their relation to activity level and mood in a student and cross-cultural patient sample. *Psychology and Health*, 16, 655-674.
- Bosworth, H.B., Bartash, R.M., Olsen, M.K., y Steffens, D.C.** (2003). The association of psychosocial factors and depression with hypertension among older adults. *International Journal of Geriatric Psychology*, 18, 1142-1148.
- Botha, K.F.H., Du Plessis, W.F., Van Rooyden, J.M., y Wissing, M.P.** (2002). Biopsychosocial determinants of self-management in culturally diverse South African patients with essential hypertension. *Journal of Health Psychology*, 7, 519-531.

- Carney, R.M., Freedland, K.E., Miller, G.E., y Jaffe, A.S.** (2002). Depression as a risk factor for cardiac mortality and morbidity. A review of potential mechanisms. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 897-902.
- Chambers, B.A., Guo, S.S., Siervogel, R., Hall, G., y Chumlea, W.M.C.** (2002). Cumulative effects of cardiovascular disease risk factors on quality of life. *Journal of Nutrition, Health and Aging*, 6, 179-185.
- Coelho, R., Santos, A., Ribeiro, L., Gama, G., Prata, J., Barros, H., y Polonia, J.** (1999). Differences in behavior profile between normotensive subjects and patients with white-coat and sustained hypertension. *Journal of Psychosomatic Research*, 46, 15-27.
- De Visser, C.L., Bilo, H.J.G., Groenier, K.H., de Visser, W., y Meyboom-de-Jong, B.** (2002). The influence of cardiovascular disease on quality of life in type 2 diabetics. *Quality of Life Research*, 11, 249-261.
- Edwards, R., Telfair, MA., Cecil, H., y Lenoci, J.** (2001). Self-efficacy as a predictor of adult adjustment to sickle cell disease: One-year outcomes. *Psychosomatic Medicine*, 63, 850-858.
- Francés, F.C., Palarea, D.D., Ojeda, B.O., Ramal, J., y Alemán, S.** (2001). Diferencias en ansiedad, depresión, estrés y apoyo social entre sujetos hipertensos y normotensos. *Ansiedad y Estrés*, 7, 203-213.
- Frasure-Smith, N., Lespérance, F., y Talajic, M.** (1995). The impact of negative emotions on prognosis following myocardial infarction: Is it more than depression? *Health Psychology*, 14, 385-398.
- Goldstein, I.B., y Shapiro, D.** (2000). Ambulatory blood pressure in women: Family history of hypertension and personality. *Psychology, Health and Medicine*, 5, 227-240.
- Hippisley-Cox, J., Pringle, M., Crown, N., Meal, A., y Wynn, A.** (2001). Sex inequalities in ischaemic heart disease in general practice: Cross-sectional survey. *British Medical Journal*, 322, 1-5.
- JNC 7. National High Blood Pressure Education Program** (2003). The seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure: The JNC report. *Hypertension*, 42, 1206-1252.
- Jonas, B.S., y Lando, J.F.** (2000). Negative affect as a risk factor for hypertension. *Psychosomatic Medicine*, 62, 188-196.
- Katon, W., y Ciechanowski, P.** (2002). Impact of major depression on chronic medical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 859-863.
- Kempen, G.I.J.M., Sanderman, R., Miedema, I., Meyboom-de Jong, B., y Ormel, J.** (2000). Functional decline after congestive heart failure and acute myocardial infarction and the impact of psychological attributes. A prospective study. *Quality of Life Research*, 9, 439-450.

- Lalonde, L., O'Connor, A., Joseph, L., Grover, S.A., y The Canadian Collaborative Cardiac Assessment Group (2004). Health-related quality of life in cardiac patients with dyslipidemia and hypertension. *Quality of Life Research*, 13, 793-804.
- Martin, C.R., y Thompson, D.R. (2000). Prediction of quality of life in patients with end-stage renal disease. *British Journal of Health Psychology*, 5, 41-55.
- Martín-Aragón, M., Pastor, M.A., Lledó, S., López-Roig, M.C., Terol, M.C., y Rodríguez-Marín, J. (2001). Percepción de control en el síndrome fibromiálgico: variables relacionadas. *Psicothema*, 13, 586-591.
- Nyklicek, I., Vingerhoets, A.J.J.M., y Van Heck, G.L. (1998). The under-reporting tendency of hypertensives: An analysis of potential psychological and physiological mechanisms. *Psychology and Health*, 13, 1-21.
- Powers, M.J., y Jalowiec, A. (1987). Profile of the well-controlled, well-adjusted hypertensive patients. *Nursing Research*, 36, 106-110.
- Rotter, J.B. (1954). *Social learning and clinical psychology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Ruiz, M.A., y Baca, E. (1993). Design and validation of the "Quality of Life Questionnaire": A generic health-related Quality of Life Instrument. *European Journal of Psychological Assessment*, 9, 19-32.
- Schwarzer, R., y Schröder, K. (1997). Effects of self-efficacy and social support on postsurgical recovery of heart patients. *The Irish Journal of Psychology*, 18, 88-103.
- Sitges, E., Rodríguez-Marín, J., Martín-Aragón, M., Pastor, M.A., Castejón, J.V., Mira, J.J., y Tirado, S. (2001). Percepción de control, observancia del tratamiento y resultados de la rehabilitación física. *Ansiedad y Estrés*, 7, 231-245.
- 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 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.
- Smith, T.W. (1992). Hostility and health: Current status of a psychosomatic hypothesis. *Health Psychology*, 11, 139-150. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Smith, T.W., y Ruiz, J.M. (2002). Psychosocial influences on the development and course of coronary heart disease: Current status and implications

for research and practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 548-568.

Sullivan, M.D., LaCroix, A.Z., Russo, J., y Katon, W.J. (1998). Self-efficacy and self-reported functional status in coronary heart disease: A six month prospective study. *Psychosomatic Medicine*, 60, 473-478.

Theorell, T., Alfredsson, L., Westerholm, P., y Falck, B. (2000). Coping with unfair treatment at work. What is the relationship between coping and hypertension in middle-aged men and women? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 69, 86-94.

Ware, J.E.Jr (1987). Standards for validating health measures: Definition and content. *Journal of Chronic Diseases*, 40, 473-480.

Wielgosz, A.T., y Nolan, R.P. (2000). Biobehavioral factors in the context of ischemic cardiovascular diseases. *Journal of Psychosomatic Research*, 48, 339-345.

Zigmond, A.S., y Snaith, R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.