

El Rol del Locus de Control como Factor Moderador en Trastornos Ansiosos y Depresivos en los Adultos Mayores

Role of Locus of Control as a Moderating Factor in Anxiety and Depressive Disorders in Older Adults

Rubén Alvarado
Pontificia Universidad Católica de Chile

Este es un estudio descriptivo que describe el locus de control en los adultos mayores y su relación con síntomas de ansiedad y depresión. La orientación del locus de control fue evaluada mediante una versión revisada de la Escala de Locus de Control de Rotter, y los trastornos depresivos y por ansiedad fueron evaluados con la Escala de Alvarado para Ansiedad y Depresión. Los resultados muestran que los adultos mayores con trastornos ansiosos y depresivos tienden a obtener puntajes más bajos en la Escala de Locus de Control de Rotter.

This is a descriptive study that describes locus of control in older adults and its relation with symptoms of anxiety and depression. Locus of control orientation was measured by a revised form of Rotter's Locus of Control Scale, and the anxiety and depressive disorders were measured with Alvarado's Depression and Anxiety Scale. The results show that older adults with anxiety and depressive disorders tended to have lower scores in Rotter's Locus of Control Scale.

Introducción

El envejecimiento es un proceso que involucra múltiples cambios que reflejan una experiencia de pérdida (de salud física, de independencia, de seres queridos, de rol laboral) o de temor (a la pobreza, a la dependencia, al deterioro físico, a la soledad) por lo que esta etapa de la vida puede ser vivida por algunos adultos mayores como un período de depresión o ansiedad.

En estudios en población general la prevalencia encontrada de sintomatología depresiva en mayores de 65 años va de un 10 hasta un 20% (Baldwin, 1989, en Jacoby & Oppenheimer, 1991). A nivel nacional, el estudio de Uribe y Vicente (1992), efectuado en el nivel primario de atención, encontró un 18.2% de trastornos depresivos en mayores de 60 años y un 12% en menores de 60 años.

La prevalencia de trastornos ansiosos en adultos mayores señalada en la literatura está en el rango del 1 a 7% (Uhler, 1983, en Jacoby & Oppenheimer, 1991). En Chile, el estudio de Uribe & Vicente (1992) encontró una prevalencia de trastornos ansiosos de un 9.1% en mayores de 60 años y de un 9.9% en menores de 60 años.

Es importante destacar que frecuentemente existe comorbilidad entre ansiedad y depresión en los adultos mayores, incluso se ha descrito que los síntomas de ansiedad pueden surgir durante un episodio de depresión y persistir después que el episodio se ha resuelto (Beck & Stanley, 1996; Jacoby & Oppenheimer, 1991).

Antecedentes Teóricos

Definición del Concepto de Locus de Control

La noción de control se encuentra relacionada con numerosos constructos psicológicos: locus de control (Rotter, 1966), desesperanza aprendida (Seligman, 1975, en Buendía, 1994), autoeficacia (Bandura, 1977, en Myers, 1995), afrontamiento (Lazarus & Folkman, 1984, en Buendía, 1994), sentido de control (Rodin, 1986), sentido de coherencia (Antonovsky, 1987, en Buendía, 1994), sentido de competencia (Weisz, 1982, en Thompson & Spacapan, 1991), contingencia (Weisz, 1982, en Thompson & Spacapan, 1991), controlabilidad (Sherrod, 1974, en Steptoe & Appels, 1989), deseo de control (Burger, 1985, en Steptoe & Appels, 1989).

El presente estudio se basó en la noción de control que se relaciona con el control percibido, es decir, la creencia que posee el sujeto respecto a su capacidad para determinar sus estados internos y conduc-

Rubén Alvarado, Escuela de Psicología.

La correspondencia relativa a este artículo debe ser dirigida al autor, Avda. Irarrázaval 2821 oficina 210, Ñuñoa, Santiago, Chile. E-mail: evanan@rdc.cl

tas, para influir en su medio ambiente y lograr los resultados deseados (Wallston, 1987, en Thompson & Spacapan, 1991). Específicamente, se utilizó el constructo locus de control, un concepto introducido y desarrollado por Rotter (1966) en el contexto de una teoría general del aprendizaje social. Este constructo se refiere a la creencia que un individuo tiene en relación a si es su conducta la que determina los acontecimientos de su vida, o si es la suerte o fuerzas externas las que determinan lo que sucede en ella.

Percepción de Control y Vejez

Los estudios que han evaluado la percepción de control y su relación con el proceso de envejecimiento han mostrado hallazgos inconsistentes. Las razones para estas diferencias se encuentran en los distintos marcos teóricos utilizados, así como también en problemas de diseño, muestreo y operacionalización de variables.

Lachman (1991) señala que los adultos mayores no muestran una disminución en las mediciones de control global, sino que ellos perciben menor control en dominios específicos relacionados con procesos cognitivos y de salud. Schulz (1991) ha enriquecido este planteamiento señalando que en ciertas áreas como la salud, los adultos mayores tenderían a utilizar una estrategia de control secundario, vale decir, encontrarle un significado a la realidad con el fin de controlar el impacto sobre sus vidas.

Otros autores como Mirowsky & Ross (1989, en Catanzaro, 1995), señalan que en la vejez los individuos pueden mostrar una declinación en el control sobre sus circunstancias de vida o sus capacidades físicas, por lo que el control sobre su vida emocional puede aumentar en importancia relativa.

En cuanto a los efectos del control sobre el bienestar psicológico en los adultos mayores, se ha visto que quienes poseen un locus de control interno tienden a estar más satisfechos con sus vidas (Mancini, 1980, en Pilisuk, 1993). El estudio de Zarit (1993), quien evaluó la función adaptativa del control en la vejez, muestra que un mayor sentido de control se correlacionó significativamente con mejor funcionamiento en actividades de la vida diaria, mejor puntaje en una escala de percepción de salud, mejor capacidad de memorización y un índice más bajo de depresión.

Control Percibido y Salud

Numerosos estudios han relacionado el control con múltiples aspectos positivos para la salud, entre

los cuales se incluyen conductas de autocuidado, mantenimiento de las habilidades de la vida diaria, bienestar y satisfacción con la vida, reducción de la mortalidad y envejecimiento satisfactorio (Wallhagen, 1994).

La relación entre control y salud resulta indudablemente bastante compleja, puesto que se ha establecido que el control no siempre tiene un efecto favorable para el bienestar del sujeto, especialmente si se trata de un adulto mayor. Una de las explicaciones a esto ha sido señalada por Litt (1988, en Salvarezza, 1998), y se refiere a que la creencia de que existen posibilidades de controlar un suceso sólo es beneficiosa para el sujeto cuando esa posibilidad de control está de acuerdo con sus preferencias. De esta manera, para quien ha carecido de la opción de ejercer control y no está acostumbrado a asumir responsabilidades derivadas de la toma de decisiones, esta posibilidad de control puede resultar perjudicial. Por otra parte, la opción de ejercer control es posible que conlleve una excesiva sensación de responsabilidad que puede resultar dañina si implica demasiado gasto de energías o esfuerzos para el individuo (Rodin, 1986). Por último, tampoco resulta favorable el mantener expectativas de control excesivamente elevadas en situaciones en las que objetivamente no es posible ejercerlo (Salvarezza, 1998).

Parece claro que la percepción de control puede afectar tanto la salud física como mental, gracias a su influencia sobre factores biológicos, respuestas cognitivas y afectivas y también debido a su relación con las conductas relacionadas con la salud. Pero, a su vez, la percepción de control se encuentra influenciada por la condición de salud de la persona. El deterioro físico que implican los procesos degenerativos asociados al envejecimiento, junto con las complicaciones derivadas de enfermedades crónicas, pueden derivar en el cuestionamiento de la capacidad de los adultos mayores para resolver problemas. A partir de este fenómeno es posible que se marque el inicio de una tendencia hacia la disminución progresiva en la percepción de control (Salvarezza, 1998).

Control Percibido, Trastornos Ansiosos y Depresivos

En los últimos tiempos, se ha ido acumulando considerable evidencia que da sustento a afirmaciones que señalan que la percepción de control, así como la falta o pérdida del mismo, tiene un rol im-

portante en el origen y mantención de trastornos ansiosos y depresivos (Abramson, 1978, en Steptoe & Appels, 1989).

Históricamente, el rol que juega el control en la depresión ha recibido mayor atención que el que ocupa en los trastornos por ansiedad. Esto se ha debido a que una gran cantidad de investigación se ha enmarcado dentro del paradigma de la desesperanza aprendida (Seligman, 1975, en Myers, 1995), enfocándose en los efectos del control al interior de un modelo de depresión. El resultado ha sido el enmascaramiento de la importancia del control en relación con el temor y la ansiedad. Además, durante mucho tiempo no se dió suficiente relevancia a la comorbilidad que muestran los trastornos por ansiedad y la depresión. Más recientemente, se ha observado con mayor interés este fenómeno y se ha sugerido que puede derivar de mecanismos comunes involucrados en el origen de la ansiedad y la depresión.

En este contexto han surgido teorías como la de Alloy (1988, en Steptoe & Appels, 1989), que señalan que la falta de control percibido ocupa un lugar tanto en la ansiedad como en la depresión. La diferencia se produciría debido a que en la depresión la percepción de falta de control se asociaría a la certeza de que no existe posibilidad de un resultado positivo. En cambio, en la ansiedad la percepción de falta de control se asocia con cierto grado de incertidumbre. En este sentido, otros autores que han investigado este tema señalan que la depresión se asocia con eventos de pérdida sucedidos, mientras que la ansiedad se vincula con amenazas futuras (Finley & Brown, 1981, en Páez, 1986).

La evidencia empírica existente no permite afirmar que la vulnerabilidad ante factores estresantes que se observa en ciertos sujetos se deba solamente a un déficit de recursos de afrontamiento (coping), entre los cuales se encuentra el bajo control percibido (Aneshensel, 1992). En consecuencia, falta aún establecer claramente los mecanismos a través de los cuales la percepción de control actúa como variable moduladora en las respuestas a situaciones estresantes. Además, se requiere determinar los factores que influyen en la efectividad de esta variable como recurso de afrontamiento para aminorar la sintomatología ansiosa y depresiva, así como otras consecuencias negativas derivadas de estas situaciones.

Con base en lo señalado anteriormente, el principal objetivo del presente estudio fue obtener un mayor conocimiento sobre la relación entre trastornos ansiosos y depresivos y locus de control en adul-

tos mayores. Subyace la idea de vincular el tema de los problemas de salud física como elemento que puede afectar el bienestar psicológico si no se dispone de los recursos adecuados para enfrentarlos. La información obtenida podría contribuir a llevar a cabo intervenciones que contemplen los aspectos relacionados con esta dimensión del control, tanto a nivel preventivo como terapéutico.

Método

Se diseñó un estudio descriptivo y correlacional, evaluando las características de locus de control de Rotter y de locus de control de salud de Wallston de pacientes adultos mayores, analizando diferencias por sexo, edad y severidad de la patología. Posteriormente se hizo una comparación de grupos considerando como variables independientes el locus de control de Rotter y el locus de control de salud de Wallston, y como variable dependiente la sintomatología depresiva y ansiosa medida mediante la escala de Alvarado, Vera & Toledo (1991).

Muestra

La muestra estuvo compuesta por pacientes de ambos sexos, con edad igual o superior a los 65 años, consultantes por morbilidad general en el Centro de Salud Familiar Rosita Renard, dependiente de la Municipalidad de Ñuñoa en la ciudad de Santiago.

La muestra es de tipo no probabilística obtenida entre quienes voluntariamente decidieron participar en la investigación.

El tamaño muestral fue de 90 personas mayores de 65 años de ambos sexos que fueron subdivididas en 2 subgrupos, el primero conformado por aquellos entre 65 a 74 años y el segundo por los mayores de 75 años.

Instrumentos de Recolección de Información

Se utilizaron los siguientes instrumentos: Mini-Mental State Examination (MMSE) de Folstein (1975), Escala de Locus de Control de Rotter (1966), Escala de Locus de Control de Salud de Wallston (1978), Escala para medir Trastornos Depresivos y por Ansiedad de Alvarado et al. (1991), Escala acumulada de Enfermedad de Parmelee, Thuras, Katz & Lawton (1995) y una Entrevista semiestructurada.

Mini-Mental State Examination (Folstein, 1975) es un instrumento universalmente aceptado para tamizaje de función cognitiva general. Este instrumento se encuentra validado en Chile y se utiliza habitualmente en la evaluación de pacientes geriátricos.

Escala de Locus de Control de Rotter (1966) es un test de elección forzada que mide diferencias individuales en la orientación del locus de control. En cada ítem se pide a la persona que identifique la afirmación que se aproxima más a su forma de pensar. De acuerdo con la pauta, se puntúan los ítems que tienen una orientación interna. Se utilizó una versión de esta escala que fue traducida y aplicada por De Trenqualye (1981) en Chile, en un estudio en que se evaluó el locus de control en deportistas.

Escala de Locus de Control de Salud de Wallston (1978) es un instrumento que evalúa la percepción del sujeto respecto a si los acontecimientos relacionados con su salud son influidos en forma importante por su propia intervención o si éstos depen-

den principalmente de otros factores como azar, suerte, destino, etc. Se utilizó una versión traducida que consta de 12 ítems y que fue aplicada por Medina (1998) en un estudio en que se evaluó el locus de control de salud en mujeres jefas de hogar.

Escala para Trastornos Depresivos y por Ansiedad de Alvarado et al. (1991) es un instrumento cuya finalidad es evaluar la presencia de síntomas correspondientes a trastornos depresivos y por ansiedad que está basado en los criterios diagnósticos descritos en el DSM III-R para dichos cuadros. Esta escala fue desarrollada en Chile por Alvarado et al. (1991), quienes la validaron para una población de ambos sexos con un rango de edad de 15 a 64 años.

Escala Acumulada de Enfermedad de Parmelee, Thuras, Katz & Lawton (1995) es un instrumento cuya finalidad es realizar un registro de los órganos o sistemas que se encuentran afectados por algún tipo de proceso patológico asociado a una evaluación de la gravedad de la afección correspondiente.

Entrevista Semiestructurada: Diseñada por el autor con el fin de evaluar los principales problemas que identifican los entrevistados en relación al proceso de envejecimiento y la forma en que éstos influyen en su bienestar.

Se realizó un estudio piloto aplicando todos los instrumentos señalados previamente a 35 sujetos de características similares a la muestra seleccionada. Se efectuó un análisis psicométrico de la prueba piloto evaluando los índices de validez, homogeneidad y discriminación. Los resultados de este proceso permitieron seleccionar los ítems que finalmente se incluyeron en los instrumentos aplicados.

Procedimiento

En forma inicial, se aplicó el MMSE para evaluar función cognitiva (Folstein, 1975) que permitió excluir a las personas que no se encontraban en condiciones de participar en la evaluación posterior. Se utilizó un punto de corte de 21 puntos que es el valor recomendado en la literatura para adultos mayores (Rapp, Parisi & Walsh, 1988).

En forma sucesiva fueron aplicadas una encuesta para recopilar datos sociodemográficos, la Escala de Locus de Control de Rotter (1966) modificada, la Escala de Locus de Control de Salud de Wallston (1978) modificada, la Escala de Trastornos Ansiosos y Depresivos de Alvarado et al. (1991) modificada y la entrevista semiestructurada. La información para completar la Escala Acumulada de Enfermedad de Parmelee et al. (1995) se obtuvo mediante la revisión de los antecedentes médicos de cada paciente señalados en la ficha médica del Centro de Salud.

Con base en este procedimiento, se seleccionó un grupo de 45 personas mayores de 65 años en que la escala para medir trastornos ansiosos y depresivos de Alvarado et al. (1991) detectó la presencia de estos trastornos. Paralelamente, se seleccionó un grupo control de 45 personas en quienes no se detectó trastornos ansiosos y depresivos.

Resultados

Comparación de Grupos

Se comparó los resultados obtenidos en las distintas escalas entre el grupo con trastornos emocionales y el grupo control. Además, se efectuó esta misma comparación entre el subgrupo de 65 a 74 años y el subgrupo de 75 y más años.

La única diferencia estadísticamente significativa ($t = 3, p < 0.01$) entre el grupo con trastornos emocionales y el grupo control se produce en la escala de Rotter, evidenciándose que el grupo control muestra tendencia hacia un locus de control interno, mientras el grupo con trastornos emocionales lo hace hacia un locus de control externo.

Al analizar la comparación entre el grupo de 65 a 74 años y el de 75 y más años se puede apreciar que la única diferencia estadísticamente significativa ($t = 2.87, p < 0.01$) se produce en la escala de Wallston (1978), observándose que el grupo de 65 a 74 años muestra una mayor tendencia hacia un locus de control interno en la Escala de Locus de Control de Salud de Wallston (1978).

Para evaluar el efecto mediador del locus de control, se tomó un grupo de 47 pacientes cuyos índices de enfermedad según la escala de Parmelee et al. (1995) eran los más altos. Luego, de acuerdo al puntaje en las escalas de Locus de Control de Rotter (1966) y de Locus de Control de Salud de Wallston (1978) se dividieron en dos grupos para cada esca-

Tabla 1
Comparación por grupos de edad en relación a los coeficientes de correlación asociando niveles de ansiedad y depresión con las mediciones de locus de control de Rotter, locus de control de salud de Wallston e índice de enfermedad de Parmelee

	grupo de 65 a 74 años ($n = 51$)		grupo de 75 y más años ($n = 39$)	
	Depresión	Ansiedad	Depresión	Ansiedad
Rotter	- 0.338 *	- 0.234	- 0.287	- 0.257
Wallston	- 0.364 **	- 0.090	- 0.370 *	- 0.263
Parmelee	+ 0.445 **	+ 0.335 *	+ 0.087	+ 0.052
Ansiedad	+ 0.651 **		+ 0.877 **	

* $p < 0.05$

** $p < 0.01$

la: el primero, conformado por los puntajes más bajos en la escala respectiva; el segundo, quedó establecido por los puntajes más altos en la escala correspondiente. Posteriormente, se compararon los índices de depresión y ansiedad entre los grupos con alto y bajo puntaje en dichas escalas. Al analizar los resultados de estas últimas comparaciones es posible apreciar que la única diferencia estadísticamente significativa ($t = 1.97, p < 0.05$) en esta población con índices altos de enfermedad se produce en la evaluación del nivel de ansiedad entre el grupo con puntaje bajo en la escala de Rotter y el grupo con un alto puntaje en dicha escala. Vale decir, el grupo con tendencia hacia locus de control interno muestra niveles de ansiedad menores que el grupo con tendencia hacia locus de control externo.

Análisis Correlacional

Se efectuó la correlación entre las distintas variables estudiadas considerando los siguientes subgrupos de participantes en la investigación: a) hombres y mujeres de 65 y más años ($n = 90$), b) mujeres de 65 y más años ($n = 67$), c) hombres y mujeres entre 65 y 74 años ($n = 51$) y d) hombres y mujeres de 75 y más años ($n = 39$).

Uno de los hallazgos relevantes que se observa en todos los subgrupos analizados se refiere a la correlación inversa y estadísticamente significativa que es posible apreciar entre locus de control de salud de Wallston (1978) y depresión. Otra asociación que se reproduce en todos los subgrupos estudiados es una correlación positiva fuerte entre ansiedad y depresión.

Además, en todos los grupos analizados exceptuando el de hombres y mujeres de 75 y más años es posible apreciar una correlación positiva con significancia estadística entre enfermedad y depresión. Por otra parte, la depresión y el locus de control de Rotter (1966) muestran una correlación inversa estadísticamente significativa en todos los grupos analizados exceptuando el de hombres y mujeres de 75 y más años (ver Tabla 1).

Análisis Cualitativo

Los problemas más serios que consideran los entrevistados son la disminución en la capacidad física y las alteraciones de salud. Ambos factores dificultan la realización de actividades habituales y representan una amenaza para su independencia. Otros problemas mencionados son: la falta de dinero, la

soledad, la incompreensión de los demás y las dificultades para adaptarse a los cambios tecnológicos.

En relación con las situaciones que los entrevistados consideran que afectan su estado de ánimo, se señalan principalmente aquellas relacionadas con una disminución en su capacidad para realizar actividades, el aburrimiento que conlleva una vida rutinaria sin desafíos que enfrentar, el alejamiento de los hijos y la pérdida de los seres queridos que les genera una sensación de soledad.

En cuanto a las situaciones que les provocan ansiedad, los entrevistados señalan que lo que les provoca mayor temor es principalmente que el deterioro físico avance hasta un nivel que los lleve a ser completamente dependientes de otros. Otros factores que les provocan temor son las dificultades económicas, las enfermedades graves como el cáncer, el abandono por parte de los familiares y amigos y el riesgo de sufrir accidentes o ser víctimas de la delincuencia especialmente cuando se encuentran fuera de su domicilio.

Discusión

En este estudio se pudo verificar la existencia de una correlación positiva entre ansiedad y depresión. Ello confirma la tendencia a la comorbilidad en este tipo de trastornos en adultos mayores observada en investigaciones previas (Beck & Stanley, 1996; Jacoby & Oppenheimer, 1991).

Otro hallazgo importante que se observó al realizar el análisis de los datos de la muestra total ($n = 90$) fue la correlación positiva, aunque baja, encontrada entre enfermedad y depresión ($r = 0.239, p < 0.05$). Esto es concordante con estudios que muestran que los problemas de salud física se asocian con depresión y que constituyen un factor de riesgo para desarrollarla (Roberts, Kaplan, Shema & Strawbridge, 1997).

En el análisis efectuado por subgrupos de edad se pudo verificar que en el grupo de hombres y mujeres de 65 a 74 años ($n = 51$) se obtuvo una correlación positiva de magnitud moderada ($r = 0.445, p < 0.01$) entre enfermedad y depresión. En cambio, en el grupo de hombres y mujeres de 75 y más años ($n = 39$) no se estableció una correlación significativa entre esas variables. Estos resultados se pueden interpretar a partir de la opinión de algunos autores que señalan que quienes sobreviven hasta los 75 años es probable que hayan desarrollado habilidades de afrontamiento que les permiten adaptarse a las limitaciones y molestias provocadas por las enfermedades en mejor

forma que los ancianos de menor edad que están iniciando la experiencia de envejecer (Izal & Montorio, 1999).

Otro aspecto que se debe tomar en cuenta al momento de analizar las diferencias encontradas se refiere al efecto cohorte. En este sentido, se debe tener presente que el grupo de adultos mayores de 75 y más años creció en una época en que todavía los avances médicos no habían conseguido el desarrollo de los antibióticos y de otras herramientas terapéuticas que posteriormente permitieron conseguir un alto nivel de efectividad en el tratamiento de patologías graves. De esta manera, es probable que en este grupo de edad la experiencia de impotencia ante las enfermedades haya producido un efecto en el estilo de enfrentamiento al proceso de enfermedad, y que ello les permita aceptar y sobrellevar la situación que viven con menos consecuencias negativas desde un punto de vista psicológico.

Un tercer factor que se debe tomar en cuenta es el efecto de la autovaloración del estado de salud. Esto ha sido evaluado en algunos estudios que han encontrado que la aparición de enfermedades y el detrimento en el estado de salud puede ser vivido por los ancianos de 75 y más años con mayor naturalidad y normalidad que en otras etapas de la vida. Ello se debería a que mantienen menores expectativas de disfrutar de un perfecto estado de salud y tenderían a valorar en forma menos pesimista su condición de salud lo cual les permitiría una aceptación más favorable de sus limitaciones (Lehr, 1995). Esto fue corroborado en el análisis cualitativo realizado en el presente estudio en que se observó una tendencia a aceptar las molestias físicas como algo que es natural que ocurra con el paso del tiempo, y que es posible adaptarse mientras ellas no afecten la capacidad funcional en forma importante.

Luego del análisis de los resultados obtenidos al aplicar el instrumento para evaluar locus de control de salud diseñado por Wallston (1978), se pudo observar una mayor tendencia hacia locus de control interno en esta área en el grupo de 65 a 74 años en comparación con el grupo de 75 y más años. Se ha señalado que esta dimensión evalúa el grado de sentido de responsabilidad que el individuo tiene respecto a su propia salud (Wallston, 1982 en Steptoe & Appels, 1989). Es posible sugerir entonces que a medida que avanza la edad el individuo se va sintiendo menos responsable de su condición de salud. En este sentido, resulta importante destacar que en la población de mayor edad el contacto creciente

con profesionales de la salud puede ir generando una relación de dependencia que va haciendo que los ancianos tiendan a preferir que la responsabilidad por el cuidado de su salud sea asumida por otro (Karuza, 1982).

Mediante el análisis correlacional efectuado se pudo establecer que existe una correlación negativa entre el locus de control de Rotter (1966) y los niveles de sintomatología ansiosa y depresiva. A su vez, se pudo determinar que el locus de control de salud de Wallston (1978) y el nivel de depresión están inversamente correlacionados. Sin embargo, para la sintomatología ansiosa no fue posible establecer una asociación entre esta variable y el locus de control de salud de Wallston (1978).

Tales hallazgos implican que quienes obtienen un puntaje más alto en la Escala de Locus de Control de Rotter (1966), o en una escala para evaluar el locus de control en el área de la salud como la escala de Wallston (1978), tienden a presentar menos síntomas de ansiedad y depresión. Ello apoya la idea de que quienes perciben mayor control sobre diversas situaciones pueden adaptarse mejor a ellas, sin presentar complicaciones como ansiedad o depresión.

Sin embargo, es necesario considerar lo señalado por algunos autores respecto a que un alto puntaje en estas dimensiones no implica que el individuo piense que está en control de su situación, sino que puede indicar que la persona asume su responsabilidad por su condición, aunque esta sea desfavorable (Steptoe & Appels, 1989).

En síntesis, se observó que los adultos mayores que poseen un locus de control de Rotter (1996) con tendencia a la externalidad presentan más frecuentemente sintomatología ansiosa y depresiva. Sin embargo, esta asociación no se pudo establecer en la evaluación efectuada utilizando la Escala de Locus de Control de Salud de Wallston (1978).

Estos hallazgos pueden analizarse tomando en consideración lo señalado por Wallston (1978). Según este autor, las expectativas generalizadas de control que pueden ser evaluadas mediante el instrumento de Rotter (1966) operan principalmente en situaciones nuevas en que el individuo no tiene suficiente experiencia. En cambio, en situaciones en que el individuo ha ido adquiriendo experiencia, como en el caso de la salud, se desarrollan expectativas específicas.

De esta manera, poseer mayores expectativas generalizadas de control (evaluadas con el instrumento de Rotter) podría permitir una mejor adapta-

ción a las distintas situaciones nuevas que implica el proceso de envejecimiento, disminuyendo los niveles de ansiedad y depresión en este grupo de edad. En el área específica de la salud la relación es compleja, puesto que la mayor experiencia que han tenido los sujetos en esta área hace que sus expectativas de control sean diferentes y que se vean influenciadas por múltiples factores.

Se pudo establecer que en la población con más altos índices de enfermedad, quienes presentaban mayor frecuencia de síntomas ansiosos era el grupo de pacientes con tendencia a la externalidad en la Escala de Locus de Control de Rotter (1966). Sin embargo, quienes presentaron mayor sintomatología depresiva no mostraron esa tendencia hacia locus de control externo en la escala de Rotter (1966).

Por otro lado, en esta población con mayores índices de enfermedad no se pudo observar diferencias significativas en los resultados obtenidos en la aplicación de la escala de locus de control de salud de Wallston (1978) entre el grupo con sintomatología ansiosa y depresiva en comparación con el grupo control. Esto puede deberse a que el control sobre otras áreas en la vida del individuo podría atenuar los efectos de la falta de control percibido sobre la salud o debido a que se trata de una población homogénea en cuanto a nivel socioeconómico y sistema de atención en salud resulta esperable que la percepción de control en el área específica de la salud sea similar en los diferentes grupos estudiados.

Por último, después del análisis efectuado es posible indicar algunas de las limitaciones de la investigación realizada:

1. Debido a que no se trata de un estudio longitudinal no se puede apreciar si la percepción de falta de control y la tendencia a presentar sintomatología ansiosa y/o depresiva son características que vienen de etapas anteriores o son aspectos que se modifican en el período de vejez.
2. La naturaleza transversal y correlacional de la investigación deja poco claro si el control produce un ajuste adecuado, o si es la adaptación favorable lo que genera una sensación de control, o bien si ambas variables son causadas por una tercera.
3. La población incluida en la muestra corresponde a un nivel socioeconómico bajo que utiliza el sistema público de salud. Ello involucra una menor oportunidad para disponer de los recursos necesarios para hacer frente a diversas situaciones adversas. Además, la muestra estuvo cons-

tituida mayoritariamente por mujeres lo que restringe los alcances de los hallazgos.

La información obtenida en el presente estudio da pie a futuras investigaciones acerca de los aspectos psicosociales de los trastornos emocionales en los adultos mayores en que se puedan identificar los factores que cumplen un rol modulador y cómo ellos se articulan en las distintas etapas del envejecimiento.

Conclusiones

1. Los adultos mayores que mostraron un locus de control de Rotter (1966) con tendencia hacia locus de control externo presentaron más frecuentemente sintomatología ansiosa y depresiva.
2. En la población con más altos índices de enfermedad quienes presentaron más frecuentemente síntomas de ansiedad fueron los individuos con tendencia hacia locus de control externo en la Escala de Locus de Control de Rotter (1966).
3. La percepción de control en un sentido general aparece como un factor que juega un rol relevante en los fenómenos de ansiedad y depresión especialmente en el grupo de edad de 65 a 74 años.

Referencias

- Alvarado, R., Vera, A. & Toledo I. (1991). Validación de escalas para medir trastornos depresivos, por ansiedad y somatoformes. *Cuadernos de Psicología Universidad Diego Portales*, 2, 1-10.
- Aneshensel, C. (1992). Social stress: Theory and research. *Annual Review of Sociology*, 18, 15-38.
- Beck, J. G., Stanley, M. & Zebb, B. (1996). Characteristics of generalized anxiety disorder in older adults: A descriptive study. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 225-234.
- Buendía, J. (1994). *Envejecimiento y psicología de la salud*. Madrid: Editorial Siglo Veintiuno.
- Catanzaro, S., Horaney, F. & Creasey, G. (1995). Hassles, coping, and depressive symptoms in an elderly community sample: The role of mood regulation expectancies. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 259-265.
- De Trenquallye, F. (1981). *Motivación de logro y locus de control en deportistas de dos niveles de logro deportivo*. Tesis para optar al título de psicólogo, Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile.
- Folstein, M. (1975). Mini-mental state examination: A practical method of grading the cognitive state of the patient for the physician. *Journal of Psychiatric Research*, 12, 189.
- Izal, M. & Montorio, I. (1999). *Gerontología conductual: Bases para la intervención y ámbitos de aplicación*. Madrid: Editorial Síntesis.
- Jacoby, R. & Oppenheimer, C. (1991). *Psychiatry in the elderly*. New York: Oxford University Press.
- Lachman, M. (1991). Perceived control over memory aging: Developmental and intervention perspectives. *Journal of Social Issues*, 47, 159-175.
- Lehr, U. (1995). *Psicología de la senectud*. Barcelona: Herder.
- Medina, D. (1998). *Locus de control y conductas promotoras*

- de salud de mujeres jefas de hogar de la Tulpuna Cajamarca, Perú.* Tesis para optar al título de Magister en Enfermería, Escuela de Enfermería, Universidad de Concepción. Concepción, Chile.
- Myers, D. (1995). *Psicología social*. México: McGraw-Hill.
- Páez, D. (1986). *Factores psicosociales y salud mental*. Madrid: Fundamentos.
- Parmelee, P., Thuras, P., Katz, I. & Lawton, P. (1995). Validation of the cumulative illness rating scale in a geriatric residential population. *Journal of the American Geriatric Society*, 43, 130-137.
- Pilisuk, M., Montgomery, M., Hillier, S. & Acredolo, C. (1993). Locus of control, life stress, and social networks: Gender differences in the health status of the elderly. *Sex Roles*, 28, 147-166.
- Rapp, S., Parisi, S. & Walsh, D. (1988). Psychological dysfunction and physical health among elderly medical inpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 851-855.
- Roberts, R., Kaplan, G., Shema, S. & Strawbridge, W. (1997). Does growing old increase the risk for depression? *American Journal of Psychiatry*, 154, 1384-1390.
- Rodin, J. (1986). Aging and health: Effects of the sense of control. *Science*, 233, 1271-1276.
- Rotter, J. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80 (Whole N° 609).
- Salvarezza, L. (1998). *La vejez: Una mirada gerontológica actual*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- Schulz, D. (1991). Adult development, control and adaptive functioning. *Journal of Social Issues*, 47, 177-196.
- Steptoe, A. & Appels, A. (1989). *Stress, personal control and health*. Brusclas: John Wiley & Sons Ltd.
- Thompson, S. & Spacaban, S. (1991). Perceptions of control in vulnerable populations. *Journal of Social Issues*, 47, 1-21.
- Uribe, M. & Vicente, B. (1992). Prevalencia de trastornos mentales en el nivel primario de atención en la comuna de Talcahuano. *Revista de Psiquiatría*, 9, 1018-1027.
- Wallhagen, M. (1994). Impact of internal health locus of control on health outcomes for older men and women: A longitudinal perspective. *The Gerontologist*, 34, 299-306.
- Wallston, K., Wallston, B. & De Vellis, R. (1978). Development of the multidimensional health locus of control (MHLC) scales. *Health Education Monographs*, 6, 160-170.
- Zarit, S. (1993). Continuities and discontinuities in very late life. In V. L. Bengtson (Eds.), *Adulthood and aging: Research on continuities and discontinuities* (pp. 46-65). New York: Springer Publishing Company.