

CONTROL, SALUD Y BIENESTAR

Jesús A. Salas-Auvert*

Philadelphia College of Osteopathic Medicine, EE.UU.

ABSTRACT

In synthesis, despite the fact that in some circumstances, the need or exaggerated perception of control is counterproductive for adaptation and psychological growth, the general acceptance is that, at least in moderate degree, perceived control and real one are benefits for people and a valuable resource to face difficulties in life. Therefore, individuals, groups and nations feel free to seek their own destinies and not victims of circumstance. Individuals and peoples who have control are capable to shape and transform the circumstances, those who build a better future. Therefore, targeted preventive and palliative goals, mental health professionals we should promote the development and optimization of a control that have been moderate and flexible as nutrient growth and psychological and individual's biopsychosocial well-being which can include their community too. The paper addresses the meaning of control, the development of real and perceived control, the relationship between control, health and disease control, welfare and psychopathology, renouncing attempts to control, and control and cognitive-behavioral therapy.

Key words: control, health, welfare, illness, cognitive-behavioral therapy

* Correspondencia: Department of Psychology, Philadelphia College of Osteopathic Medicine. 4190 City Avenue, Philadelphia, PA 19131. jesuss@pcom.edu

RESUMEN

En resumen, a pesar de que en algunas circunstancias, la exagerada percepción o necesidad de control es contraproducente para la adaptación y crecimiento psicológico, la aceptación general es que, al menos en grado moderado, el control percibido y control real son beneficios para las personas y un recurso valioso para enfrentar las dificultades en la vida. Por ello, las personas, grupos y naciones buscan sentirse dueñas de sus destinos y no víctimas de las circunstancias. Las personas y los pueblos con control son las que moldean y transforman las circunstancias, los que construyen un futuro mejor. Por ello, con objetivos preventivos y remediativos, los profesionales de la salud mental debemos promover el desarrollo y optimización de un control moderado y flexible como nutriente del crecimiento psicológico y bienestar biopsicosocial individual y colectivo. El trabajo aborda el significado del control, el desarrollo del control real y percibido, la relación entre control, salud y enfermedad, control, bienestar y psicopatología, la renuncia a los intentos de control, y control y terapia cognitivo-conductual.

Palabras clave: control, salud, bienestar, enfermedad, terapia cognitivo-conductual

INTRODUCCIÓN

Frecuentemente nos preguntamos por qué algunas personas sufren dolencias físicas o psicológicas mientras otras parecen sanas y felices aun cuando enfrenten adversidades similares en la vida. El enfoque cognitivo-conductual sobre la salud y la psicopatología ha adoptado un modelo causal de vulnerability-estrés (e.g., Abramson, Metalsky y Alloy, 1989; Alloy, Abramson, Raniere y Dyller, 1999). De acuerdo a dicho modelo, los estresores ambientales activan las predisposiciones biológicas y psicológicas de la persona. El resultado de dicha interacción puede ser la enfermedad y psicopatología o puede ser lo contrario, es decir, bienestar y salud.

En 1975 Richard Lazarus propuso que los rasgos de personalidad influyen la forma como las personas interpretan sus circunstancias de vida. Las interpretaciones a su vez, afectan las reacciones emocionales y fisiológicas que las personas experimentan en la exposición a dichas circunstancias. De forma similar, Abramson y Alloy (Abramson *et al.*, 1989; Abramson *et al.*, 1999) acuñaron el término “vulnerabilidad cognitiva” para referirse a factores de riesgo cognitivos distales que preceden la aparición de psicopatología. El constructo de control percibido constituye una de esas dimensiones interpretativas y un determinante importante sobre nuestra capacidad para manejar el estrés efectivamente.

DEFINICIONES DE CONTROL

Control es un constructo muy utilizado en la literatura psicológica. De acuerdo a Thompson, Armstrong y Thomas (1998), la percepción de control incluye los siguientes componentes: (1) la intención de lograr un resultado particular deseable, (2) capacidad percibida (personal o vicaria) para alcanzar la meta y (3) la conexión percibida acción-resultado. Los teóricos e investigadores han propuesto diferentes definiciones de control.

CONTROL REAL

Control real se refiere a la capacidad real de manipular intencionalmente una transacción ambiental (interna o externa al individuo) para alcanzar los resultados deseados (Adler, 1929; Bandura, 1997, 1977; Thompson, 1981). Este tipo de control implica disponer del conocimiento y habilidades instrumentales reales, así como del poder real de decisión. Así, control real se refiere a la capacidad real de decidir e influenciar los eventos y de crear nuestras circunstancias de vida.

CONTROL PERCIBIDO

La creencia de que uno tiene control sobre un fenómeno frecuentemente es tan importante como tener el control real del mismo (Bandura, 1977; Glass y Singer, 1973; Lefcourt, 1973; Taylor y Brown, 1988). Los investigadores y teóricos del comportamiento han formulado diferentes definiciones de control percibido.

Auto-eficacia. Auto-eficacia se define como la creencia en que uno dispone de las habilidades instrumentales necesarias para organizar y ejecutar los cursos de acción requeridos para alcanzar los logros deseados (Bandura, 1997, 1977; Brehm y Brehm, 1981). Este tipo de control percibido puede aplicarse a los diferentes sistemas de comportamiento: control cognitivo, control afectivo, control conductual y control fisiológico. Consecuentemente, las personas con alta autoeficacia son típicamente orientados a las tareas y a resolver problemas como forma de aumentar sus chances de lograr sus metas. Por el contrario, personas con baja autoeficacia tienden a percibir los estresores como inmanejables y a concentrarse en sus deficiencias percibidas. Esto, a su vez, hace que las personas con baja auto-eficacia estén propensas a experimentar más diestrés cuando enfrentan un estresor, a tener menos compromiso con sus metas y a abandonar sus intentos de solucionar sus problemas prematuramente, (Bandura, 1977, 1997).

Comprensión y Atribución Causal. Explicación/atribución como control se refiere a la capacidad percibida de comprender y/o predecir una transacción ambiental. Las distintas explicaciones y atribuciones causales que una persona formula sobre un evento hacen que una persona se sienta con diferentes grados de control (Averill, 1973; Krantz, 1980; Thompson, 1981). La comprensión y predicción están generalmente asociadas con sentirse

en control y la falta de comprensión e incertidumbre están asociados con falta de control percibido. Mas aún, una de las primeras reacciones a la pérdida de control es el deseo de ganar mayor información para poder comprender lo que sucede y predecir lo que ocurrirá (Fiske y Taylor, 1984).

Las personas tienen predisposiciones a formular distintos tipos de atribuciones causales, en el sentido de percibir que la fuente de control está fuera de sí (locus de control externo) o dentro de sí (locus de control interno). Cuando la persona se percibe como la fuente del control, se maximiza la percepción de control. Así, las personas con locus de control interno (generalizado o específico a una situación) perciben el reforzamiento como dependiente de su propia conducta. Por el contrario, las personas con locus de control externo creen que sus acciones tienen un impacto mínimo en los resultados deseados ya éstos están controlados por fuerzas externas a ellas (Rotter, 1966).

Optimismo. Otra dimensión atribucional es la predicción de resultados. Optimismo se refiere a la expectativa generalizada de resultados favorables y el pesimismo consiste en una expectativa generalizada negativa (Scheier y Carver, 1985). Weinstein (1993) destacó la asociación entre controlabilidad y optimismo. La capacidad percibida de *predecir una transacción ambiental deseada* hace que la persona se sienta en control (Seligman 1975; Chorpita y Barlow, 1998). Por el contrario, el pesimismo está asociado con falta de control percibido.

COMENTARIOS SOBRE LAS DEFINICIONES DE CONTROL

Dimensiones de control. Estas tres definiciones del control percibido son en realidad dimensiones de un mismo constructo. Control percibido es un constructo complejo y multidimensional (Carver y Scheier, 1981; Langer, 1983; Petterson y Seligman, 1987; Rotter, 1990). Por ejemplo, si una persona dice: “Yo sé cómo resolver ese problema porque estoy familiarizado con la técnica a utilizar para lograr el resultado deseado”. La persona está expresando percibir una alta autoeficacia, percibir un locus de control interno, comprender por qué puede lograr el objetivo y puede predecir un resultado favorable (optimismo). De hecho, los análisis factoriales sobre la escala de locus de control elaborada por Rotter (1966) indican que la escala no sólo mide la dimensión internalidad-externalidad, sino también expectativa de resultados (Levenson, 1974, 1981). Las tres dimensiones de control tienden a correlacionar positivamente. Por ejemplo, las personas con alto control interno también tienden a ser más optimistas. Esto no quiere decir que las tres dimensiones deban estar presentes para poder sentirse en control. Así, una persona puede percibirse control aun cuando no disponga de autoeficacia para modificar el mismo. Por ejemplo, “Estaba tan preocupada con este dolor de cabeza. Sin embargo después del examen médico estoy tranquila porque sé que no es algo realmente peligroso”. En el ejemplo mencionado la persona manifiesta no tener control

para acabar con el dolor de cabeza; sin embargo, comprender el origen y esperar un desenlace favorable es suficiente para percibir control.

Control percibido y control cognitivo. El definir el constructo de *control percibido* como sinónimo de *control cognitivo* es inapropiado si las cogniciones se definen como ideas e imágenes. Las cogniciones representan uno de los cuatro sistemas comportamentales que pueden ser objeto de control; los otros tres sistemas son las conductas, las emociones, las respuestas fisiológicas. Así, una persona puede *percibir* control o falta de control en otros sistemas conductuales no cognitivos. Más aún, la percepción de control incluye un aspecto racional (Ejemplo, “Sé que tengo control”) y otro experiencial (Ejemplo: “Me siento en control”). Como señalan Salas-Auvert y Felgoise (2003), estas dos dimensiones del control percibido usualmente van juntas, pero pudieran no estar en sincronía (Ejemplo: “Intelectualmente sé que yo tengo control, pero cuando siento esa angustia no me siento en control”).

Control percibido y la ilusión de control. El constructo de control percibido es considerado como el tipo de control que tiene un mayor impacto en la respuesta de estrés, salud y bienestar (Cohen, Evans, Stokols, & Krantz, 1980; Sarafino, 1998; Thompson, 1981). Quizás los experimentos sobre el fenómeno conocido como *ilusión de control* demuestran claramente la afirmación previa. Por ejemplo, Sanderson, Rapee y Barlow (1983) estudiaron el impacto de la ilusión de control en 20 pacientes con desorden de pánico que

recibieron inhalaciones de aire enriquecido con 5.5% de dióxido de carbono (CO₂) por 15 minutos. Estudios previos han establecido que respirar aire con CO₂ provoca ataques de pánico en la mayoría de las personas diagnosticados con desorden pánico. Antes de exponer a los participantes a las inhalaciones de aire con CO₂, se les informó la existencia de una caja localizada enfrente de ellos que *podría* iluminarse durante la inhalación. Se les dijo que, mientras la luz estuviera encendida, ellos podrían disminuir, si quisieran, la cantidad de CO₂. Para ello sólo tendrían que manipular una perilla localizada en la silla donde iban a estar sentados. También se les animó a que sólo bajaran el nivel de CO₂ si era absolutamente necesario. En realidad, la manipulación de la perilla no tenía ningún efecto sobre la cantidad de CO₂ administrada. Para la mitad de los participantes la luz se encendía al azar a lo largo de los 15 minutos de exposición al CO₂; mientras que para otra mitad, la luz nunca se encendió. Este grupo sin ilusión de control ya que creyó que nunca tuvo chance de controlar la cantidad de CO₂ reportó un mayor número de síntomas de ansiedad y mayor intensidad en los mismos que el primer grupo (con ilusión de control). Más aún, el 80% de los participantes en el grupo sin ilusión de control reportó experimentar un ataque de pánico durante la inhalación de CO₂ comparado con 20% en el grupo con ilusión de control. Estos resultados ilustran como percibirse en control, aun cuando no

se disponga de control real, disminuye el efecto de emocional negativo ante la exposición a un estresor.

Control vicario. Además, una persona puede sentirse en control aun cuando no perciba ni autoeficacia para modificar el fenómeno ni comprensión del mismo. Por ejemplo, “Yo no entiendo lo que me van a hacer, pero me siento tranquilo con respecto a mi enfermedad porque confío plenamente en mi equipo médico”. Este tipo de control obtenido a través de otros es denominado *control vicario*. Por ejemplo, se encontró que las percepciones de control vicario están asociadas a una mejor adaptación en pacientes expuestos a intervenciones invasivas (*e.g.*, angioplastias, cirugía de bypass; Helgelson, 1992) o pacientes tratados por cáncer de mama (Taylor, Lichtman, & Wood, 1984).

Para muchas personas, la fe en Dios y en sus creencias religiosas les provee un sentido de control sobre eventos negativos, reales o potenciales, sobre los que la persona no percibe tener suficiente capacidad de control activo (Bergin, 1991; Carver *et al.*, 1989; Druckman y Swets, 1988; Lazarus y DeLongis, 1983). Estas creencias implican la idea que sus vidas y el universo es controlado por un ser (otro poderoso) benevolente y bondadoso puede tener un efecto positivo en la salud y el bienestar de las personas (*e.g.*, Bergin, 1991; Kass, Friedman, Leserman, Zuttermeister y Benson, 1991; McIntosh y Spilka, 1990). Ejemplos de estas creencias son: “Yo confío en que Dios me dará salud”, “Yo acepto

lo que Dios tenga dispuesto para mí con respecto a mi cáncer”, “Si soy un buen cristiano, Dios me dará salud”. Estas creencias pueden entenderse de manera activa, es decir, que Dios ayuda a la persona a ayudarse a sí misma; otras personas interpretan sus creencias religiosas de manera pasiva, es decir, que el control descansa en Dios y por ello la persona no se siente responsable de actuar en favor de su salud (Holt, Clark, Kreuter y Rubio, 2003).

DESARROLLO DE CONTROL REAL Y PERCIBIDO

Las investigaciones en genética y neuropsicología sugieren que la capacidad de sentirse en control y de ejercer auto-control es parcialmente heredada (*e.g.*, Pedersen, Gatz, Plomin, Nesselroade y McClearn, 1989). Sin embargo, la discusión de dichos hallazgos va más allá del enfoque de este capítulo el cual se centra en el papel de factores psicosociales en el desarrollo de control.

La teoría de apego de Bowlby, y más recientemente la teoría cognitivo-conductual propuesta por Chorpita y Barlow, sugieren que experiencias tempranas de falta de control crean una vulnerabilidad psicológica que predispone a la persona hacia experimentar estados crónicos de afecto negativo y psicopatología (Barlow, 2000; Bowlby, 1969, 1973; Chorpita, 2001; Chorpita y Barlow, 1998; Han, Weisz y Weiss, 2001). La calidad de la relación del niño con sus figuras de apego es crucial en el desarrollo de la percep-

ción de control (Chorpita y Barlow, 1998; Thompson, 1998). Dada la alta indefensión del niño en los primeros años de su vida, casi la única manera de tener algún grado de control sobre el ambiente es a través de las personas que le cuidan. Así, a través del proceso de apego el niño puede aprender a tener sentido de control y predicción. Específicamente, el niño aprende hasta que punto la respuesta del adulto-figura de apego es controlada por su conducta. Por ejemplo, cuando el niño experimenta consistentemente resultados reforzantes que dependen de su comportamiento desarrolla un estilo de apego seguro. Así el niño aprende que puede influenciar a sus padres para satisfacer sus necesidades o deseos y que sus comportamientos tienen un efecto predecible en los otros (Thompson, 1998). En consecuencia, el apego seguro está asociado con alta auto-eficacia, locus de control interno, optimismo, alta auto-estima y confianza en otros. Por el contrario, cuando los padres son repetidamente inaccesibles, insensibles o inconsistentes para satisfacer las necesidades físicas y psicológicas del niño, éste desarrolla estilos de apego inseguro y aprende a percibir los eventos como fuera de su control y predictibilidad. Tanto Bowlby como Chorpita y Barlow proponen que los efectos de las relaciones de apego tempranas tienden a mantenerse a lo largo de la vida. Existe amplia evidencia empírica que soporta estas proposiciones (*e.g.*, Davis y Phares, 1969; Skinner, 1986).

La percepción de falta de control en el niño también surge de un estilo parental caracterizado por ser invasivo, sobre protector y dominante (Biocca, 1985; Chorpita y Barlow, 1998; Shear, 1991; Riskind, Williams, Altman *et al.*, 2004). Por otra parte, los padres que promueven el apego seguro típicamente ofrecen a sus hijos las oportunidades para ejercer control sobre su ambiente y desarrollar habilidades nuevas para afrontar las demandas ambientales (Chorpita y Barlow, 1998). Esta hipótesis también está basada en un amplio número de estudios (*e.g.*, Carton y Nowicki, 1994; Chandler, Wolf, Cook, y Dugovics, 1980; Gordon, Nowicki, y Wichern, 1981; Nolen-Hoeksema, Wolfson, Mumme y Guskin, 1995). Por ejemplo, Dumas, LaFreniere y Serketich, (1995) realizaron un estudio sobre la naturaleza de las interacciones madre-hijo(a) en una muestra de 126 niños preescolares clasificados como socialmente competentes, agresivos o ansiosos. A los niños se les pidió realizar una tarea mientras las madres observaban el proceso. Las interacciones madre-hijo durante la realización de la tarea fueron videograbadas y evaluadas en términos del uso de intentos de manipulación positiva (risa, afecto, asistencia) o manipulación negativa (críticas destructivas, desaprobación, sarcasmo). Se encontró que, comparado con las madres de los niños agresivos y socialmente competentes, las madres de los niños ansiosos usaron más intentos de manipulación negativa y menos pro-

piensas a aceptar o estimular los esfuerzos del niño para alcanzar un control de la situación.

A los estilos de interacción padre-hijo(a) como factores que influyen al desarrollo de la percepción de control propuestos por Chorpita y Barlow, se puede agregar el modelamiento por parte de los padres hacia los hijos. Específicamente, las actitudes y conductas para resolver problemas que los padres modelan para sus hijos representa otra manera como los niños aprenden a percibir diferentes grados y tipos de control. El incremento en la capacidad para resolver problemas contribuye al desarrollo de control real y percibido, así como al desarrollo del bienestar en general (D'Zurilla y Nezu, 1999).

En resumen, modelo presentado por Chorpita y Barlow (Chorpita, 2001; Chorpita y Barlow, 1998) considera tres proposiciones básicas: (1) un estilo parental caracterizado por ser cariñoso, sensible y consistente, pero que al mismo tiempo fomenta la autonomía del niño es el ideal para desarrollar una adecuada percepción de control; (2) con el tiempo, la experiencia de control llega a formar parte de una percepción de control generalizada y estable que se manifiesta a través de rasgos como locus de control interno, optimismo, auto-eficacia y estilo de apego seguro; (3) una baja percepción de control en el niño actúa como una vulnerabilidad que media entre la exposición a eventos estresores y la psicopatología. Al contrario, una adecuada percepción de control actúa como un factor protector contra la psicopatología.

CONTROL, SALUD Y ENFERMEDAD

Los estudios indican que la experiencia de sentirse con diferentes grados de control tiene un impacto marcado en la morbilidad y mortalidad de las personas. En general se ha encontrado que sentirse en control ayuda a disminuir el diestrés y facilita un afrontamiento más efectivo de los estresores. Mientras mayor sea el control percibido, menor tiende a ser el diestrés (Evans, Shapiro y Lewis, 1993; Thompson, 1981). Sentirse en control parece relacionarse con la salud y enfermedad de tres maneras distintas y complementarias: (1) A través de su impacto en el nivel y calidad (euestrés, diestrés) del estrés experimentado por la persona cuando ésta afronta los eventos en su vida. Es ampliamente aceptado que los estados mentales pueden afectar significativamente la salud física a través alteraciones homeostáticas que pueden resultar en inhibiciones en el sistema inmunológico y/o daño a los tejidos; (2) El impacto de control también ocurre a través de los comportamientos que la persona adopta para afrontar los estresores; (3) Indirectamente, a través de los hábitos de la salud que la persona desarrolla en la vida (*e.g.*, actividad versus pasividad física, uso moderado versus abuso de alcohol, dieta apropiada versus dieta inapropiada).

CONTROL, SALUD Y ENFERMEDAD

En general, los resultados de numerosos estudios indican que un bajo con-

trol percibido, no sólo afecta negativamente la recuperación de enfermedades, sino que predispone a la aparición de las mismas. En las investigaciones realizadas en pacientes con cáncer se ha encontrado que la experiencia de bajo control percibido sobre la enfermedad es un predictor significativo de la primera reaparición de la enfermedad y la muerte como consecuencia de la misma (Andersen, Kiecolt-Glaser, & Glaser, 1994; Antonini & Goodkin, 1988; DiClemente & Temoshok, 1985; Jensen, 1987; Watson, Greer, Rowden *et al.*, 1991). Una relación similar se ha observado entre control y enfermedades cardiovasculares. Específicamente, una percepción de bajo control, un locus de control externo y pobre disciplina están asociados a una mayor reactividad cardiovascular y a un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular (Bugental, Blue, Cortez, *et al.*, 1993; Karasek, Therorell, Schwartz, *et al.*, 1982; Schnall, Allred, Morrison & Carlson, 1990). La percepción de control también puede contribuir a la salud de forma indirecta. Por ejemplo, se ha observado que el control percibido está asociado a una mayor adopción de conductas saludables en pacientes con enfermedad coronaria del corazón (*e.g.*, Echtel, van Elderen, y van der Kamp, 2003; Shepperd, Maroto, y Pbert, 1996).

El impacto del control percibido también se ha estudiado en pacientes con enfermedades crónicas tales como artritis reumatoide, diabetes, dolor crónico, SIDA, Parkinson's, etc. Se ha encontrado que la percepción de control que el paciente tiene sobre su en-

fermedad afecta como éste maneja la misma. Típicamente, los pacientes con enfermedades crónicas carecen de control sobre la mayoría de los síntomas. Sin embargo, hay aspectos asociados a la enfermedad que pueden estar bajo el control del paciente y ello puede mejorar su adaptación. Por ejemplo, el programa para pacientes artríticos conducido en el Centro de Artritis de Stanford enfatiza el auto-manejo de la enfermedades a través de educación, relajación y nutrición. Se ha encontrado que los pacientes que mejoraron en su enfermedad (*e.g.*, reducción del dolor, número de visitas al médico) fueron aquellos con mejores expectativas y mayor ganancia de auto-eficacia sobre conductas relacionadas con la artritis (Lorig & Fries, 1990).

CONTROL, VEJEZ, SALUD

Las limitaciones físicas y psicológicas asociadas a la vejez generan una disminución del control real y percibido de la persona. Dicha pérdida constituyen en sí misma estresores crónicos que deben ser afrontados adecuadamente. En el conocido estudio realizado por Rodin y Langer (1977), los residentes de un ancianato a quienes se les dio control sobre ciertos aspectos de su ambiente (*e.g.*, horario y tipo de comida, horario y tipo de película) vivieron más tiempo que otros residentes del mismo lugar, pero que no tenían control sobre esos aspectos de su entorno. En un estudio longitudinal de 7 años conducido por Mossey y Shapiro (1982) en 3128 personas ma-

yoeres de 65 años se examinó la correlación entre indicadores subjetivos y objetivos de salud y la mortalidad. Específicamente, se evaluaron la auto-percepción de salud (“Dada su edad, ¿usted diría que su salud es excelente, buena, regular, pobre o mala?”) así como indicadores objetivos de su salud (reportes médicos de la condición de la salud, frecuencia de problemas de salud que requirieron hospitalización y/o cirugía). Los resultados revelaron que la percepción de los participantes sobre su salud fue un predictor de mortalidad más preciso que las medidas objetivas aportadas por los médicos. Por ejemplo, los participantes que describieron su salud como pobre o mala a pesar de que sus medidas objetivas indicaban una salud buena o excelente (es decir, participantes pesimistas) mostraron significativamente mayor riesgo de morir que los participantes como buena percepción de salud a pesar de tener indicadores objetivos de que salud era pobre o mala (participantes optimistas). Alexander, Langer, Newman, Chandler y Davies (1989) también estudiaron la relación control-mortalidad en ancianos. Específicamente, ellos compararon la mortalidad en dos grupos de residentes en un ancianato. A un grupo de ancianos se les enseñó técnicas de auto-control (relajación, dos formas de meditación), mientras que al segundo grupo no se les impartió entrenamiento. Se encontró que el grupo con mayor auto-control vivió más tiempo que los ancianos del grupo al que no se educó en técnicas de auto-control.

CONTROL, BIENESTAR Y PSICOPATOLOGÍA

Bienestar. Dentro del modelo cognitivo-conductual es ampliamente aceptado que la experiencia de control es una de las variables más críticas en el bienestar o psicopatología de las personas (Alloy, Kelly, Mineka y Clements, 1990; Bandura, 1989; Barlow, 2002; Beck, 1976; Seligman, 1991, Taylor y Brown, 1988). El grado de control que una persona percibe tener sobre los estresores es una de las variables más poderosas para determinar su impacto emocional, fisiológico y conductual. Bienestar psicológico está asociado con sentirse con suficiente control de nuestro ambiente interno (cogniciones, emociones, conductas y fisiología), así como del ambiente externo (interpersonal, material, político, económico, etc.). En general, las poblaciones “normales” o “no clínicas” reportan sentir mayor control en sus vidas que las poblaciones clínicas, aun cuando en algunas circunstancias dicha percepción sea una ilusión. Por ejemplo, las personas normales tienden a ser más optimistas acerca de su capacidad para lograr control y tienden a sobreestimar su control comparado con lo que realmente son capaces (Lewinsohn, Mischel, Chaplin, y Barton, 1980; Seligman, 1991; Taylor y Brown, 1988). También tienden a sobreestimar su invulnerabilidad y a subestimar sus riesgos (*e.g.*, Weinstein, 1984, 1993), así como a percibir su autoeficacia generalizada significativamente mayor que la autoeficacia percibida en personas con desórdenes de ansiedad (*e.g.*, Bandura, 1988; Salas-

Auvert, 2002). En general, las personas "normales" tienden a explicar experiencias en las que fallaron en sus intentos de lograr control de una manera que protege su percepción de control interno. Esto lo logran a través de atribuirle los resultados negativos de sus acciones a causas situacionales y pasajeras o la condición humana más que a causas internas y permanentes (Peterson y Seligman, 1987; Seligman, 1991).

Los estudios han encontrado que el control percibido (*i.e.*, optimismo, autoeficacia) está asociado con mayor satisfacción en la vida (Chang, Maydeu-Olivares, y D'Zurilla, 1997; Scheier y Carver, 1993; Seligman, 1991), mejor estado de ánimo (Marshall, Wortman, Kusulas, Hervig, y Vickers, 1992), mayor auto-estima (Scheir, Carver y Bridges, 1994) y mejor ajuste psicológico en adultos (Chang, 2002; Scheirer y Carver, 1992; Scheirer, Carver y Bridges, 2001). El control percibido afecta el bienestar interno no sólo directamente, sino indirectamente, a través de la forma como las personas afrontan los eventos en sus vidas. Así, la forma como la persona afronta sus problemas puede conducir bien sea a una disminución o magnificación de la respuesta de estrés. Específicamente, una alta capacidad percibida para resolver problemas está asociada a una reducción en la respuesta de diestrés ante la exposición a una adversidad. Por ejemplo, en un estudio realizado por Nezu y Ronan (1985) se encontró que, enfrentando similares niveles de estrés elevados, las personas con baja capacidad

para resolver problemas experimentaron niveles de depresión significativamente más elevados que los participantes con alta capacidad para resolver problemas.

El control percibido también tiene impacto en las conductas de logro. Los resultados de numerosas investigaciones han indicado que las personas con locus control interno como rasgo demuestran más iniciativa para mejorar sus condiciones ambientales, resisten más efectivamente ante las adversidades, están más interesados en obtener información nueva que pueda ser útil para su conducta futura, y atribuyen mayor valor a los refuerzos provenientes de sus habilidades (Rotter, 1966; Lefcourt, 1976). Por ello, las personas más efectivas para manejar las diversas áreas de sus vidas (*i.e.*, salud, matrimonio, bienestar personal, desempeño laboral, deportivo, académico) son aquellas que experimentan un fuerte control personal. Ellas asumen sus responsabilidades ya que ven en sus habilidades y esfuerzo la manera de obtener los resultados deseados.

Falta de suficiente control percibido. En general, las teorías contemporáneas sobre psicopatología, así como los resultados de un creciente número de estudios indican que el origen y mantenimiento de los problemas emocionales está asociado con sentirse o estar fuera de control (Barlow 2002; Barlow, Chorpita y Turovsky, 1996; Mineka y Zinbarg, 1996). Dicha falta de control percibido puede relacionarse, bien sea a los eventos internos y/o externos, así como a los eventos ne-

gativos y/o positivos en la vida. Se ha encontrado que las personas con locus de control externo, baja auto-eficacia, baja capacidad de resolver problemas y pesimismo afrontan los estresores con mayor vulnerabilidad a sus efectos nocivos (Bandura, 1988; Nezu y Ronan, 1985; Schill, Ramanaiah y Toves, 1982). Las áreas clínicas donde se ha conceptualizado la falta de suficiente control percibido como un aspecto central del trastorno son: desórdenes de ansiedad (*e.g.*, Bandura, 1988; Barlow, 2002; Dattilio y Salas-Auvert 2000; Mineka, 1985), desórdenes asociados al estrés (*e.g.*, Everly y Lating, 2002), desórdenes depresivos (*e.g.*, Abramson, Metalsky y Alloy, 1989; Beck, 1976, 1987; Seligman, 1975), desórdenes de alimentación (*e.g.*, Jeffrey, 1987; King, 1989), alcoholismo y adicciones (*e.g.*, Marlatt, 1983; Nathan, 1986), desórdenes de control de impulsos (*e.g.*, Black, 1998), desórdenes de déficit de atención con y sin hiperactividad (*e.g.*, Barkley, 1998; Murphy, 1995), y desorden de personalidad limítrofe (*e.g.*, Layden, 1997; Linehan, Cochran, y Kehrer, 2001). Por razones de espacio me limitaré a las áreas de ansiedad y depresión para ilustrar la relación: falta de control percibido-trastorno.

Trastornos de ansiedad. Seligman (1975) y Barlow (2002) conceptualizan la ansiedad como el resultado de no poder predecir y controlar eventos percibidos como negativos y peligrosos. Dicha falta de control y predictibilidad hace que la persona sienta la necesidad de estar a la defensiva y que expe-

rimente una alta reactividad fisiológica. Esta necesidad de estar en guardia se debe a que la persona no sabe cuándo va a afrontar el evento aversivo y además se siente insegura de su capacidad para manejarlo efectivamente. Las personas con trastornos de angustia con frecuencia perciben no tener suficiente control sobre sus emociones (*i.e.*, “Tengo tanto miedo de tener otro ataque de pánico), sobre sus cogniciones (*i.e.*, “No puedo detener estos pensamientos que me cruzan rápidamente por la mente”), sobre su cuerpo/fisiología (*i.e.*, “Me da miedo no poder tragar”), sobre sus conductas (*i.e.*, “Lo que más me asusta es ponerme nervioso y tartamudear o que no me salgan las palabras cuando me toque hablar en el seminario”), o miedo a no tener suficiente control sobre su ambiente externo (*i.e.*, “Me preocupa tanto no saber cómo manejar ese proyecto nuevo”). Los distintos trastornos de angustia frecuentemente involucran la falta de control percibido en todas las áreas, pero algunos trastornos implican unas áreas más que otras. Por ejemplo, las personas con trastorno de pánico experimentan mayormente miedo a perder control de sus emociones, (principalmente ansiedad) o perder control de su cuerpo y enfermarse de algo que amenaze su vida (*e.g.*, Barlow y Cerny, 1988; Clark, 1986; Dattilio y Salas-Auvert, 2000; McNally, 1990); las personas con trastorno obsesivo-compulsivo sienten mayormente miedo a perder control de sus cogniciones, impulsos y conducta (*e.g.*, Rachman y Shafran, 1998; Salkovskis,

1998); la incertidumbre sobre eventos aversivos potenciales es el aspecto central en el trastorno de ansiedad generalizada (*e.g.*, Borkovec, Shadick, y Hopkins, 1991)

Trastornos depresivos La teoría de la depresión desesperanzada formulada por Abramson, Metalsky y Alloy, (1989; 1995) propone que la desesperanza es suficiente causa para generar cierta clase de depresión. Dicha teoría propone tres factores de vulnerabilidad distintos: (1) atribuciones causales estables y globales sobre los eventos negativos; (2) la producción de autoafirmaciones negativas acerca de sí mismos; y (3) la tendencia a percibir que los eventos negativos tienen/tendrán muchas consecuencias negativas. De acuerdo a esta teoría, un estilo explicativo caracterizado por atribuciones causales permanentes (*i.e.*, Nunca podré superar mi baja auto-estima”), generalizadas (*i.e.*, “Yo no le importo a nadie”) e internas (*i.e.*, “Siempre he sentido que hay algo malo en mí, como que nací con un defecto de fábrica”) de los eventos negativos tiende a incrementar el riesgo hacia la depresión cuando la persona enfrenta estresores (Alloy y Clemens, 1992). Con este tipo de atribución, la persona disminuye sin la intención de hacerlo el control percibido en las situaciones de adversidad. Un efecto similar se observa cuando la persona se explica a sí misma los eventos positivos como causados por algo externo (*i.e.*, “Eso fue pura suerte”), temporal (*i.e.*, “Gané la competencia de hoy, pero no sé que pasará con las que vienen”) y específico

de la situación (*i.e.*, “En este caso, las cosas salieron bien”). Los estudios indican que el surgimiento de síntomas depresivos como consecuencia de la exposición a estresores es magnificado cuando la persona tiene un estilo explicativo pesimista (*e.g.*, Abramson *et al.*, 1989; Chang, 2002; Metalsky, Halberstadt, y Abramson, 1987). Con esta forma de procesar la información, las personas con estilos explicativos pesimistas son propensos a sobregeneralizar y a ver tendencias negativas a partir de adversidades específicas a una situación. Encadenan un evento negativo con otros, bien sea pasados y/o presentes y usan esa percepción para predecir un futuro pesimista (Riskind, 1997; Riskind, Long, William y White, 2000). Dicha tendencia les predispone a percibir una pérdida de control y con ello experimentan desesperanza e indefensión. Dada la predisposición del individuo vulnerable de buscar indicadores de pérdida de reforzadores y de indefensión ante las situaciones difíciles, ellos están propensos a abandonar una tarea prematuramente después de encontrar adversidades e interpretarlas como señales de las catástrofes y desesperanza anticipadas. Al interrumpir las tareas, sin darse cuenta el individuo vulnerable está confirmando –sin la intención consciente de hacerlo– su visión negativa de sí mismo, otras personas y/o del mundo.

La teoría de auto-control de Rehm (1977) es compatible con la teoría de la desesperanza y sugiere que la depresión resulta de déficits en el proceso

de auto-monitoreo (*e.g.*, atender a los eventos negativos e ignorar los positivos), auto-evaluación (*e.g.*, disponer de estándares exageradamente altos para evaluar el comportamiento; errores atribucionales que contribuyen con la auto-evaluación negativa) y auto-reforzamiento (*e.g.*, mayor frecuencia de auto-castigos que de auto-reforzamientos). Entre otras consecuencias, estas formas de procesar la información resultan en déficit de control percibido.

Excesiva necesidad de control. Un problema asociado a la baja percepción de control es la necesidad excesiva de control. El temor a la pérdida de control es un miedo común, aún en personas sin trastornos clínicos evidentes. Sin embargo, en algunas personas este miedo puede llegar a ser muy intenso. A mayor miedo a perder control, mayor es necesidad consciente de sentirse control. Una necesidad exagerada de control puede generar una variedad de problemas para la persona. En algunas personas, el temor es principalmente a perder el control interno, bien sea de sus emociones e impulsos, cogniciones, conductas o respuestas fisiológicas. Por ejemplo, una proporción significativa de las personas con trastorno obsesivo-compulsivo experimentan cogniciones, y/o impulsos que no desean tener y que les generan un intenso miedo de perder el control. Como consecuencia, ellos se auto-imponen el tratar de tener un control consciente, total y permanente del comportamiento temido. Así, se mantienen hipervigilantes, observándose cons-

tantemente con la intención de bloquear o evitar las conductas en cuestión y evitar con ello las catástrofes anticipadas, como por ejemplo, golpear o matar a alguien, gritar en un lugar público, abusar sexualmente a alguien (Rachman, 2003). Esta necesidad exagerada de auto-control tiende a generar efectos negativos importantes en diferentes áreas de la vida del paciente. Por ejemplo, la búsqueda exagerada de control cognitivo puede crear una sobrecarga informacional. Ello, a su vez, tiende a causar una disminución en la capacidad de prestar atención y a reducir la velocidad en el procesamiento de la información. Los casos más graves ocurren en personas con trastorno obsesivo-compulsivo en quienes la necesidad de control es tal que paraliza a la persona y ésta no puede funcionar.

En otros casos, el miedo se centra más en perder control sobre el ambiente externo. Por ejemplo, a un individuo con excesiva necesidad de control puede asustarle viajar por avión ya que no conoce quién pilota. Por las mismas razones, una persona puede rehusar una invitación social (*i.e.*, ir de paseo con un grupo de amigos) porque él/ella no va a manejar al lugar y eso lo hace sentirse sin control. La necesidad excesiva de control también manifestarse en relaciones interpersonales. Así, las personas con alta necesidad de poder buscan sobreproteger, dominar y controlar los destinos de las otras personas (*e.g.*, hijos, pareja, subordinados, etc.) interfiriendo con ello el crecimiento personal, académico y/o profesional

de éstas. Finalmente, la necesidad exagerada de control está asociada a una tendencia hacia el dogmatismo el cual provee a la persona con una ilusión de control: el creer que se dispone de visión absolutamente cierta y clara de la realidad.

Exceso de control percibido. Tal y como lo advirtiera Rotter (1966), un locus de control interno excesivo es también disfuncional. Los intentos activos de controlar una situación tienden a ser contraproducentes cuando las demandas de la situación exceden la capacidad de persona de controlarlas. Por ejemplo, los estudios sobre las variables cognitivas en el Patrón de Compartamiento Tipo A indican que sugieren que las personas con exceso convencimiento en su capacidad de controlar los eventos (Friedman, 1989; Friedman, Thorensen, Gill, Ulmer, Powell, Price, *et al.*, 1986; Jacob y Chesney, 1981; Seeman, 1991) y el deseo exagerado de ejercer control social y de dominancia sobre las otras personas (Brown y Smith, 1992; Houston, Chesney, Black, Cates, y Hecker, 1992) evidencian mayor reactividad cardiovascular (i.e. incrementos en la secreción de adrenalina y sus efectos tales como taquicardia) que personas con niveles normales en estas variables. De igual modo, un paciente con cáncer convencido de su capacidad de vencer la enfermedad, tenderá a interpretar la falta de recuperación como una falla personal y a sentirse deprimido (Grey y Doan, 1990; Spiegel, 1991). De modo similar no es raro observar en nuestros pacientes

deprimidos o angustiados un exagerado sentido de responsabilidad no sólo por su propio comportamiento, sino también por el comportamiento de otras personas. Para estos pacientes esa ilusión de control personal es una fuente de frecuentes sentimientos culpa, decepción de sí mismos e ira consigo mismos (Salkovskis, Rachman, Ladouceur y Freeston, 1992).

Además, una auto-confianza y optimismo excesivos pueden llevar a la persona a creer que es invulnerable e inmune a los riesgos (i.e., accidentes, enfermedades, divorcios, fracasos económicos). En consecuencia, esta percepción puede llevar a la persona a tomar riesgos innecesarios y no tomar las precauciones razonables. Por ejemplo, el adolescente que maneja con exceso de velocidad sintiéndose seguro de que nada le sucederá, el alcohólico que ordena una bebida alcohólica porque cree que él/ella será capaz de controlarse cuando quiera.

La excesiva percepción de control también puede generar problemas cuando esa creencia de control es repentinamente desconfirmada por un evento significativo. Por ejemplo, un fuerte accidente automovilístico, una violación sexual o un diagnóstico médico de alguna enfermedad que represente riesgos importantes para la salud (i.e. cáncer, esclerosis múltiple, sida, etc.) puede generar una reacción traumática en la persona. En estos casos, la persona tiende a pasar al otro extremo y ahora sentirse con una exagerada falta de control percibido.

RENUNCIA A LOS INTENTOS DE CONTROL

Los estudios han revelado que la relación control-estrés no es uniforme en todos los casos y que no todas las personas buscan tener un control activo e instrumental de los estresores.

Control como estresor. No todas las personas perciben tener más control como algo positivo. Por ejemplo, Averill (1973) reportó que, a pesar de que la mayoría de las personas experimentan menos estrés cuando tienen control sobre los estresores, en aproximadamente veinte por ciento de las personas el efecto es el opuesto: El control sobre el estresor aumenta su nivel de estrés. Existen diversas razones por las que la persona puede percibir el control sobre un proceso-resultado como un estresor: (a) No desear tener la responsabilidad sobre el logro del resultado; (b) Tener un alto locus de control externo y baja auto-eficacia; c) Tener una baja expectativa de lograr en resultado esperado (pesimismo) y miedo al fracaso. Debido a una variedad de razones, abundan ejemplos de personas que son apáticas a lo que les rodea, que se sienten alienados o que son irresponsables. Quizás una de las máximas expresiones de esta baja motivación por tener control son las personas con desorden de personalidad dependiente quienes voluntariamente prefieren que otros controlen sus vidas.

Control sin control. Algunas veces los intentos deliberados de control sobre nuestras experiencias pueden ser contraproducentes, aumentando el efecto que se desea eliminar. Por ejemplo, el

intento de control exagerado sobre un pensamiento, una emoción o una sensación física tiende a aumentar la frecuencia con la que la persona experimenta lo que quiere evitar (i.e., “este dolor en el pecho”, “estas imágenes de matar a alguien”, “esta angustia”). En estos casos, la estrategia apropiada es la aceptación la cual implica tomar lo que se nos ofrece y estar dispuesto a manejar la experiencia que tenemos. Fiske y Taylor (1984) denominan este tipo de control como secundario porque en lugar de tratar de cambiar activamente el ambiente (control primario), la persona se acomoda a las fuerzas ambientales (internas o externas) y las acepta.

CONTROL Y TERAPIA COGNITIVA-CONDUCTUAL

Una de las metas más importantes de la terapia cognitivo-conductual es facilitar en los pacientes la comprensión de los determinantes psicosociales que afectan y moldean sus vidas y ayudarles a desarrollar más control sobre esas fuerzas (e.g., Bandura, 1989; Barlow, 2002; Beck, 1976; D’Zurilla y Nezu, 1999; Hollon y DeRubeis, 2004). En consecuencia, las intervenciones psicológicas buscan identificar y modificar en el paciente los factores que interfieren con el desarrollo de mayor control (real y/o percibido) en sus vidas. Específicamente, la modificación de un inadecuado control percibido (exceso o defecto) y de un defectuoso control real son dos de los mecanismos de acción a través de los cuales opera la terapia-cognitivo-conductual para producir resultados.

Las personas pueden presentar problemas similares por diferentes razones o pueden expresar un problema similar de un modo distinto. Así, las metas en la terapia cognitivo-conductual se logran con una combinación de enfoques y técnicas que se ajustan al problema y caso individual. En esta sección me limitaré a discutir exclusivamente aspectos de la conceptualización de casos y de su tratamiento asociados al constructo de control.

ESTRATEGIAS DE INTERVENCIÓN

Los dos estrategias de intervención cognitivo-conductuales dirigidas a facilitar en la persona un mayor control real y/o percibido y con ello reducir el diestrés físico y/o psicológico son: (1) Desarrollar y aplicar acciones instrumentales distintas a las que la persona suele utilizar para manejar los estresores en cuestión; (2) Aprender a percibir los estresores así como la capacidad y motivación para manejarlos de manera distinta a la forma usual como la persona suele hacerlo. Los cambios en esta área pueden incluir aprender a aceptar la falta de control real (parcial o total) sobre un estresor, así como aprender a no intentar tomar acciones instrumentales directas dirigidas a aumentar el control sobre el estresor.

Tres tipos de respuestas pueden ser manipuladas a voluntad para aprender nuevas destrezas o una nueva perspectiva sobre una situación: respuestas conductuales, cognitivas y fisiológicas. Además, la manipulación de estos tres

tipos de respuesta permite el control indirecto de las respuestas emocionales. Los cambios en estas áreas conductuales con frecuencia ocurren simultáneamente. El desarrollo u optimización del control real y/o percibido es parte de un proceso que ocurre a largo de la terapia psicológica.

Los cambios psicológicos en la terapia psicológica tienen lugar a través de intervenciones que modifican las variables mediadoras y moderadoras relevantes al problema en cuestión. Por ello es útil para el terapeuta evaluar los cambios en el control real y/o percibido del paciente durante el proceso de la terapia más que solamente al principio o al final de la misma. Disponer de una información más precisa le permite al terapeuta hacer los correctivos necesarios lo antes posible para facilitar o acelerar el tratamiento.

TIPOS DE PROBLEMAS ASOCIADOS AL CONTROL Y TRATAMIENTO

En líneas generales existen cuatro tipos de problemas asociados a control: una falta de suficiente control real, una falta de suficiente control percibido; un exceso de control percibido y un exceso de necesidad de control. Un desorden psicológico puede ser lo suficientemente complejo para involucrar todos los tipos problemas de control. Así, dependiendo de la conceptualización de cada caso, las estrategias y técnicas de intervención serán diferentes.

(1) *Bajo control real.* El trastorno psicológico por el que consulta el pa-

ciente puede estar asociado a un bajo control real susceptible de ser mejorado. En estos casos la labor terapéutica consiste en ayudar al paciente a aumentar su control real. Para ello, el terapeuta debe ayudar al mismo a desarrollar u optimizar la ejecución de destrezas motoras, cognitivas, verbales o fisiológicas relevantes para influenciar el evento en cuestión y lograr el resultado deseado. Por ejemplo, enseñar al paciente a relajarse, a resolver problemas, a tomar decisiones, a hablar asertivamente, a manejar su atención de manera mas productiva, a regular la temperatura de sus manos a través de biorretroalimentación, a meditar, etc. Este grupo de intervenciones está basado el llamado modelo de maestría (Wolpe, 1969) o afrontamiento focalizado en la solución instrumental de problemas (Lazarus, 1981; D'Zurilla y Nezu, 1999). Dicho modelo implica buscar activamente modificar la capacidad de respuesta real del paciente para modificar el evento negativo. Ejemplos de técnicas comunes son: juego de roles, modelaje participativo, entrenamiento en relajación, exposición y ensayo conductual, biorretroalimentación.

(2) *Bajo control percibido*. Cuando el problema está asociado a un bajo control percibido, las intervenciones psicológicas buscan identificar y modificar en el paciente los factores que interfieren con el desarrollo de mayor control percibido en sus vidas. Para aumentar el control percibido, el terapeuta ayuda a que paciente disponga de información nueva que le ayude a comprender y predecir mejor el estresor, aprender a

usar la información disponible de manera distinta y con ello percibir una situación desde un nuevo ángulo que permite tomar diferentes cursos de acción o pasividad con respecto a la misma. En la práctica clínica, es crucial que el terapeuta preste atención a la presencia, ganancia o pérdida de control en sus pacientes, a su impacto en la vida de los mismos y diseñe estrategias de como restaurar el control u optimizarlo. Existen una variedad de técnicas de intervención para facilitar el desarrollo del control percibido o para ayudar a persona a restaurarlo de nuevo: entrenamiento en el manejo de atención, auto-instrucción, psico-educación y reestructuración cognoscitiva. Por ejemplo, una de las intervenciones típicas en los protocolos de tratamiento dentro del enfoque cognitivo conductual es educar al paciente acerca de la naturaleza y tratamiento del desorden psicológico por el que consultan. Así, el paciente gana control a través de una información que le permite comprender su problema y predecir mejor lo que sucederá. Describir cada una de estas técnicas va más allá de la intención de este capítulo; para ello el lector puede referirse Robert Leahy (2003) y Judith Beck (1995), quienes presentan dos revisiones excelentes de cómo implementar estas técnicas.

(3) *Exceso de control percibido*. Las personas con exceso de control percibido normalmente no buscan ayuda psicológica o psiquiátrica porque no creen tener problemas o no ven la conexión entre sus creencias de excesivo

control y sus problemas. Generalmente, estas personas reciben asistencia psicológica cuando alguien (i.e., padres, pareja) o algo (i.e., orden de la corte, orden de su trabajo) los fuerza a buscar ayuda. Para ellos, su percepción es de suficiente control, no de un exceso de control percibido. En estos casos, es muy importante que el terapeuta evalúe actitud de cambio del paciente. De acuerdo al modelo revisado de las etapas del cambio psicológico propuesto por Freeman y Dolan (2001), estas personas típicamente se encuentran en la etapa “no-contemplativa”. En esa etapa la persona no piensa acerca de la necesidad de cambiar. Más aún, cuando esas personas son forzadas a ir a un profesional de la salud mental con la intención de que cambien su comportamiento, con frecuencia ellas pasan a una etapa “anti-contemplativa”, la cual se caracteriza por una oposición al cambio (Freeman y Dolan, 2001). En estas etapas iniciales del proceso de cambio, el énfasis debe ser motivar al paciente a reconocer su problema y la necesidad de cambio (etapa precontemplativa y contemplativa; Prochaska y DiClemente, 1982). Para ello el terapeuta debe crear un ambiente seguro que facilite la exploración psicológica. La educación, el entrenamiento en auto-observación, reflejo de sentimientos y comentarios empáticos, el cuestionamiento socrático son algunas de las técnicas más frecuentemente utilizadas para bajar la defensividad del paciente y fomentar su conciencia del problema. Este enfoque, por ejemplo, se ha utilizado

para fomentar la prevención de enfermedades de transmisión sexual en poblaciones de alto riesgo (Coury-Doniger, Levenkron, McGrath, Knox y Urban, 2000). Otro ejemplo lo constituye la “entrevista motivacional” elaborada por Sobell y Sobell (2003). Estos investigadores formularon un protocolo para ayudar a personas que abusan de alcohol, pero no reconocen el abuso. La “entrevista motivacional” consiste de un cuestionamiento no confrontativo donde se habla con la persona de manera que busca evitar crear resistencia y fomentar un ambiente seguro. El objetivo de la misma es ayudarle a la persona a darse cuenta de su problema de abuso de alcohol.

(4) *Excesiva necesidad de control.* Muchas veces el conflicto o dificultad que la persona enfrenta no está bajo su capacidad de control activo. De modo que, otra forma de sentirse en control es a través de la aceptación de la situación y de uno mismo. La aceptación puede ser una meta a lograr en el tratamiento. Recientemente, la teoría psicológica ha reconocido la importancia de la aceptación como un modo de sentirse en control. Este enfoque puede verse como complementario a las intervenciones dirigidas a desarrollar mayor control activo (Carver, Scheier, y Weintraub, 1989; Gray y Doan, 1990; Linehan, 1993). La aceptación involucra paciencia, resignación, confianza y estar dispuesto a manejar la realidad tal y como se nos presenta. Esta actitud debe diferenciarse de la evitación, en la que la persona no está dispuesta a afrontar

la realidad potencial o real que le preocupa y para ello niega la realidad, se distrae, y la evade.

El enfoque conocido como Terapia de Aceptación y Compromiso (TAC) propuesta por Hayes y colaboradores (*e.g.* Hayes, 2004; Hayes, Strosahl y Wilson, 1999) señala que aceptar es más que tolerar, es adoptar una actitud de no enjuiciamiento de nuestras experiencias. Para la TAC, en algunos casos la necesidad exagerada y el intento rígido de buscar el control activo y directo de la realidad es lo que mantiene el problema (Hayes, 2004). Una forma de meditación denominada en inglés "*mindfulness*" es una técnica cada vez más usada en combinación con intervenciones cognitivo-conductuales tradicionales para reducir la necesidad exagerada de control (*e.g.*, Segal, Williams & Teasdale, 2002; Hayes, 2004; Roemer y Orsillo, 2002). En esta forma de meditación la atención se focaliza en el cuerpo, típicamente la respiración, y si la atención se desvía a otras experiencias (*i.e.*, ideas, recuerdos, emociones), la persona se limita a reconocer el evento mental y a refocalizar la atención en su respiración. Se diferencia de la relajación en que este tipo de meditación no busca relajar el cuerpo sino estar abierto a la experiencia sin juzgarla y sin controlarla.

CONCLUSIONES

La exposición a eventos estresores en la vida es un predictor de enfermedades y psicopatología, sin embargo, muchas personas demuestran una resistencia significativa a los efectos

negativos de dicha exposición. Las diferencias individuales en variables temperamentales y psicológicas explican parcialmente esas diferencias. En las teorías psicológicas, el constructo de control percibido es una de las variables mediadoras claves en la relación entre la exposición a eventos en la vida y el impacto de los mismos.

El bienestar biopsicosocial de las personas es en buena medida determinado por cómo éstas buscan ganar y mantener control sobre sus vidas. En general, sentirse en control es atractivo para las personas.

La gente prefiere verse a sí misma como el origen de su conducta y en control de la misma. Por ello, sentirse en control está relacionado con sentirse seguro, con buena auto-estima, motivación al logro, proactividad y bajo diestrés. Al contrario, no poseer control, estar bajo en control de otras personas o de algo (*i.e.*, enfermedad, alcohol, institución, gobierno,) es generalmente percibido como algo negativo.

La pérdida de control cuando las personas enfrentan un estresor tienden a generar diestrés emocional, a producir una mayor reactividad fisiológica y a provocar un desempeño más pobre en la ejecución de tareas y una de las tareas centrales de la práctica psicológica consiste en ayudar a las personas, individual o colectivamente, a aumentar su control sobre la realidad.

Muchos estudios han utilizado intervenciones basadas en desarrollar u optimizar control para afrontar

estresores de corta o larga duración. En general, los resultados indican que este tipo de intervenciones son exitosas para aumentar el control real/yo percibido y mejorar la calidad de vida de las personas. Sin embargo, los efectos de buscar control y percibir control no son siempre adecuados.

Cuando la percepción de control es exagerada, la persona tiende a comportarse de manera inapropiada (i.e, tomar riesgos exagerados como por ejemplo manejar a exceso de velocidad, abuso de drogas, adicción a los juegos de azar). Igualmente, es inadecuada la excesiva necesidad de control cuando el evento en cuestión no es controlable o totalmente controlable.

Por ello, también son metas terapéuticas críticas el enseñar al paciente identificar cuando su necesidad de control o su percepción de control es excesiva y potencialmente destructiva. Así como ayudarle a desarrollar aceptación y disminuir su necesidad exagerada de control o más responsabilidad y disminuir su ilusión de control.

REFERENCIAS

- ABRAMSON, L.Y.; ALLOY L.B. y METALSKY G.I. (1995). Hopelessness depression. In G.M. Buchanan & M.E.P. Seligman (eds.), *Explanatory Style*, pp. 113-134, Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- ABRAMSON, L.Y.; METALSKY G.I. y ALLOY L.B. (1989). Hopeless theory of depression: A theory-based subtype of depression. *Psychological Review*, 96, 358-372.
- ALEXANDER, C.N., LANGER E.J.; NEWMAN R.J.; CHANDLER H.M. y DAVIES J.L. (1989). Transcendental meditation, mindfulness and longevity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 950-964.
- ALLOY, L.B. y CLEMENS, C.M. (1992). Illusion of control: Invulnerability to negative affect and depressive symptoms after laboratory and natural stressors. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(2), 234-245.
- ALLOY, L.B., ABRAMSON, L.Y., RANIERE D. y DYLLER II.M. (1999). Research methods in psychopathology. In P.C. Kendall, J.N. Butcher, G.N., y Holmbeck (Eds.), *Research methods in clinical psychology*. 2nd. Ed., New York: Wiley & Sons.
- ALLOY, L.B.; KELLY, K.A., MINEK, A S. y CLEMENTS C.M. (1990). Comorbidity of anxiety and depressive disorders: A helplessness-hopelessness perspective. In J.D. Maser & C.R. Cloninger (Eds.), *Comorbidity of mood and anxiety disorders* (pp. 499-543). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- ANDERSON, B.L.; KIECOLT-GLASER, K.K., y GLASER R. (1994). A biobehavioral model of cancer stress and disease course. *American Psychologist*, 49, 389-404.
- ANTONI, M. y GOODKIN, K. (1988) Host moderator variables in the promotion of cervical neoplasia: 1. Personality facets. *Journal of Psychosomatic Research* 32, 327-338
- AVERILL, J.R. (1973) Personal control over aversive stimuli and its relationship to stress. *Psychological Bulletin*, 80, 286-303.
- BANDURA, A. (1977) Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- BANDURA, A. (1988). Self-efficacy conception of anxiety. *Anxiety Research*, 1, 77-98.
- BANDURA, A. (1989). Perceived self-efficacy in the exercise of personal agency. *British Psychological Society*, 10, 411-424.

- BANDURA, A. (1989b). Perceived self-efficacy in the exercise of personal agency. *British Psychological Society*, 10, 411-424.
- BANDURA, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Freeman.
- BARKLEY, R. (1998). Primaty symptoms, diagnostic criteria, prevalence, and gender differences. In R. Barkley (Ed.), *Attention deficit hyperactivity disorder*, 2nd. Ed., pp. 56-96. New York: Guilford.
- BARLOW, D.H. (2000). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of the emotion theory. *American Psychologist*, 55, 1245-1263.
- BARLOW, D.H. (2002). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. (2nd ed.), New York: Guilford Press.
- BARLOW, D.H. y CERNY J.A. (1988). *Psychological treatment of panic: Treatment manual for practitioners*. New York: Guilford.
- BARLOW, D.H.; CHORPITA B.F. y TUROVSKY, J. (1996). Fear, panic, anxiety, and the disorders of emotion. In D.A. Hope (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation: Perspectives on Anxiety, panic and fear* (Vol. 43, pp. 251-328). Lincoln: University of Nebraska Press.
- BECK, A. T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- BECK, A.T. (1987). Cognitive models of depression. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1, 5-37.
- BECK, J.S. (1995). *Cognitive therapy. Basics and beyond*. New York: Guilford.
- BERGIN, A.E. (1991). Values and religious issues in psychotherapy and mental health. *American Psychologist*, 46, 394-403.
- BIOCCA, L.J. (1985). The relationship among locus of control, perceived parenting, and sex-role attributes in adolescence. *Dissertation Abstracts International*, 47, 2193B.
- BLACK, D.W. (1998). Recognition and treatment of obsessive-compulsive spectrum disorders. In R.P. Swinson, M.M. Antony S. Rachman. & M.A. Richter (Eds.), *Obsessive-compulsive disorder*. New York: Guilford.
- BORKOVEC, T.; SHADICK R.N., y HOPKINS M., (1991). The nature of normal and pathological worry. In R.M.. Rapee & D.H. Barlow (Eds.), *Chronic anxiety*. New York: Guilford.
- BOWLBY, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York Basic Books.
- BOWLBY, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation, anxiety and anger*. New York Basic Books.
- BREHM, S. y BREHM J. (1981). *Psychological reactance: A theory of freedom and control*. New York Academic Press.
- BROWN, P.C. y SMITH T.W. (1992). Social influences, marriage, and the heart: Carodivascular consequences of inter personal control in husbands and wives. *Health Psychology*, 11, 88-96.
- BUGENTAL, D.B., BLUE J., CORTEZ V., FLECK K., KOPEIKIN H., LEWIS J.C. & LYON J. (1993). Social cognitions as organizers of autonomic and affective responses to social challenge. *Journal or Personality and Social Psychology*, 64, 94-103.
- CARTON, J.S. y NOWICKI S. (1994). Antecedents of individual differences in locus of control of reinforcement: A critical review. *Genetic, Social, and General Psychology Monographs*, 120, 31-38.
- CARVER, C.S. y SCHEIER M.F. (1981). *Attention and self-regulation: A control theory approach to human behavior*. New York: Springwe-Verlag.
- CARVER, C.S., SCHEIER M.F. y WEINTRAUB J.K. (1989). Assesing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267-283
- CHANDLER, T.A.; WOLF, F.M.; COOK, B. y DUGOVICS D.A. (1980). Parental correlates of locus of control in fifth grades: An attempt at experimentation in the home. *Merril-Palmer Quaterly*, 26, 183-195.
- CHANG, E. (2002). Optimism-pessimism and stress appraisal: Testing a cognitive interactive model of psychological adjustment in adults. *Cognitive Therapy and Research*, 26, 675-690.
- CHANG, E.C.; MAYDEU-OLIVARES, A. y D'ZURILLA, T.J. (1997). Optimism and pessimism as partially independent constructs: Relations to positive and negative affectivity and psychological well-being. *Personality and Individual Differences*, 23, 433-440.
- CHORPITA, B.F. (2001). Control and the development of negative emotions. In M.W. Vasey & M.R. Dadds (Eds.), *The development of psychopathology and anxiety* (pp. 112-142). New York: Oxford University Press.

- CHORPITA, B.F. y BARLOW D.H. (1998). The development of anxiety: The role of control in the early environment. *Psychological Bulletin*, 117, 3-19.
- CARK, D.M. (1986). A cognitive approach to panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 461-470.
- COURY-DONIGER, P.A.; LEVENKRON, J.C., McGRATH P.L.; KNOX K.L. y URBAN M.A. (2000). From theory to practice: Use of stage of change to develop an STD/HIV behavioral intervention. *Cognitive and Behavioral Practice*, 7, 395-406.
- DAVIS, E.L. y PHARES, E.J. (1969). Parental antecedents of internal-external control of reinforcement. *Psychological Reports*, 24, 427-436.
- DI CLEMENTEE, R.J. y TEMOSHOK, L. (1985). Psychological adjustments to having cutaneous malignant melanoma as a predictor of follow-up clinical status. *Psychosomatic Medicine*, 47, 81.
- DRUCKMAN, D. y SWETS, J.A. Eds. (1988). *Enhancing human performance: Theories, issues, techniques*. Washington, DC. National Academy Press.
- DUMAS, J.E.; LAFRENIER, E.P.J. y SERKETICH, W.J. (1995). "Balance of power": A transactional analysis of control in mother-child dyads involving socially competent, aggressive, and anxious children. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 104-113.
- D'ZURILLA, T.J. y NEZU A.M. (1999). *Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention* (2nd. Ed.). New York: Springer.
- ECHTEL, M.A.; VAN ELDEREN, T. y VAN DER KAMP, L.J.T. (2003). Modeling predictors of quality of life after coronary angioplasty. *Annals of Behavioral Medicine*, 26, 49-60.
- EVANS, G.E., SHAPIRO, D.H. y LEWIS, M. (1993). Specifying dysfunctional mismatches between different control dimensions. *British Journal of Psychology*, 84, 255-273.
- EVERLY, G.S. y LATING J.M. (2002). *A clinical guide to the treatment of the human stress response*. New York: Kluwer/Plenum.
- FISKE, S. y TAYLOR, S. (1984) *Social cognition*. Menlo park, California: Addison-Wesley.
- FREEMAN, A. y DOLAN, M. (2001). Revisiting Prochaska y DiClemente's stages of change theory: Expansion and specification to aid in treatment planning and outcome evaluation. *Cognitive and Behavioral Practice*, 8, 224-243.
- FRIEDMAN, M. (1989). Type A behavior: Its diagnosis, cardiovascular relation and effect of its modification on recurrence of coronary artery disease. *The American Journal of Cardiology*, 64, 12c-19c.
- FRIEDMAN, M.; THORESEN, C.E.; GILL, J.J.; ULMER, D.; POWELL, L.H.; PRICE, V.A.; BROWN, B.; THOMPSON, L.; REBIN, D.D.; BREALL, W.S.; BOURG, E.; LEVY, R. & DIXON, T. (1986). Alternation of Type A behavior and its effect cardiac recurrences in post myocardial infarction patients: Summary results of the Recurrent Coronary Prevention Project. *American Heart Journal*, 112, 653-665.
- GORDON, D.A.; NOWICKI, S. y WICHERN, F. (1981). Observed maternal and child behaviors in a dependency-producing task as a function of children's locus of control orientation. *Merrill-Palmer Quarterly*, 27, 43-51.
- GLASS, D.C. y SINGER, J.E. (1973). Experimental studies of uncontrollable and unpredictable noise. *Representative Research in Social Psychology*, 4 165-183.
- GRAY, R.E. y DOAN, B.D. (1990). Heroic self-healing and cancer: Clinical issues for the health professions. *Journal of Palliative Care*, 6, 32-41.
- HAN, S.S., WEISZ, J.R. y WEISS, B. (2001). Specificity of relations between children's control-related belief and internalizing and externalizing psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 240-251.
- HAYES, S.C. (2004). Acceptance and commitment therapy and the new behavior therapies. In S.C. Hayes, V.M. Follete & M.M. Linehan (Eds.), *Mindfulness and Acceptance*, pp. 1-29. New York: Guilford.
- HAYES, S.C., STROSAHL, K.D. y WILSON, K.G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guilford Press.
- HELGELSON, V.S. (1992). Moderators of the relation between perceived control control and adjustment to chronic illness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(3), 656-666.
- HOLLON, S.D. y DERUBEIS, R.J. (2004). Effectiveness of treatment for depression. In R.L. Leahy (Ed.), *Contemporary cognitive therapy* (pp 45-61). New York: Guilford.
- HOLLON, S.D.; EVANS, M.D. y DE RUBEIS, R.J. (1990). Cognitive mediation of relapse prevention

- following treatment for depression: Implications of differential risk. In R.E. Ingram (Ed.), *Psychological aspects of depression* (pp. 114-136). New York: Plenum Press.
- HOLT, C.; CLARK E.M.; KREUTER, M.W. y RUBIO, D. (2003). Spiritual health locus of control and breast cancer beliefs among urban African American women. *Health Psychology, 22*, 294-299.
- HOUSTON, B.K.; CHESNEY, M.A.; BLACK, G.W.; CATES, D.S. & HECKER, M.H.L. (1992). Behavioral clusters and coronary heart disease risk. *Psychosomatic Medicine, 54*, 447-461.
- JACOB, R.G. & CHESNEY, M.A. (1984). Stress management for cardiovascular reactivity. *Annals of Behavioral Medicine, 6(4)*, 23-27.
- JEFFREY, R.W. (1987). Behavioral treatment of obesity. *Annals of Behavioral Medicine, 9*, 20-24.
- JENSEN, M. (1987). Psychobiological factors predicting the course of breast cancer. *Journal of Personality, 55*, 317-3425.
- KARASEK, R.A., THEOROELL, T.G., SCHWARTZ, J., PIEPER, C. y ALFREDSON, L. (1982). Job, psychological factors and coronary heart disease: Swedish prospective findings and U.S. prevalence findings using a new occupational inference method. *Advances in Cardiology, 29*, 62-67.
- KASS, J.D., FRIEDMAN, R., LESERMAN, J, ZUTTERMEISTER, P.C. y BENSON, H. (1991). Health outcomes and a new measure of spiritual experience. *Journal for the Scientific Study of Religion, 30*, 203-211.
- KING, M. (1989). Locus of control of women with eating pathology. *Psychological Medicine, 19*, 183-187.
- LANGER, E. (1983). *The psychology of control*. Los Angeles: Sage.
- LAYDEN, M.A. (1997). Borderline personality disorder. In R. Leahy (Ed.), *Practicing cognitive therapy*. Northvale, New Jersey: Jason Aronson.
- LAZARUS, R. (1981). The stress and coping paradigm. In C. Eisendorf, D.D. Cohen, A. Kleinamn & P. Maxim (Eds.), *Models for clinical psychopathology* (pp. 177-214). New York: SP Medical and Scientific Books.
- LAZARUS, R.S. y DELONGIS, A. (1983). Psychological stress and coping in aging. *American Psychologist, 38*, 245-254.
- LEAHY, R.L. (2003). *Cognitive therapy techniques. A practitioner's guide*. New York: Guilford.
- LEFTCOURT, H.M. (1973). The function of the illusions of freedom and control. *American Psychologist, 28*, 417-425.
- LEFTCOURT, H. M. (1976). *Locus of control: Current trends in theory and research*. Hillsdale, New Jersey: LEA.
- LEVENSON, H. (1974). Activism and powerful others: Distinctions within the concept of internal-external control. *Journal of Personality Assessment, 38*, 1097-1110.
- LEVENSON, H. (1981). Differentiating among internality, powerful others, and chance. In H.M. Lefcourt (Ed.), *Research with the locus of control construct: Assesment methods* (Vol. 1, pp. 15-63). New York: Academic Press.
- LEWINSOHN, P.M.; MISCHEL, W.; CHAPLIN, W. y BARTON R. (1980). Social competence and depression: The role of illusory self-perceptions. *Journal of Abnormal Psychology, 89*, 203-212.
- LINEHAN, M.M. (1993). *Skills training manual for treating borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- LINEHAN, M.M.; COCHRAN, B.N.; y KEHRER, C.A. (2001). Dialectical behavior therapy for borderline personality disorder. In D.H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders*, pp.470-522. New York: Guilford.
- LORIG, K. y FRIES, J.F. (1990). *The arthritis helpbook: A tested self-management program for coping with your arthritis*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- MARSHALL, G.N.; WORTMAN, C.B.; KUSULAS, J.W.; HERVIG, L.K. y VICKERS, R.R. (1992). Distinguishing optimism from pessimism: Relations to fundamental dimensions of mood and personality. *Journal of Personality and Social Psychology, 62*, 1067-1074.
- MARLATT, G.A. (1983). The controlled-drinking controversy: A commentary. *American Psychologist, 38*, 1097-1110.
- MCINTOSH, D.; y SPILKA, B. (1990). Religion and physical health: The role of personal faith and control beliefs. In M.L.L. Lynn & D.O. Moberg (Eds), *Research on the social scientific study of religion* (Vol. 2, pp. 167-194). Greenwich, CT: JAI Press.
- METALSKY, G.I.; HALBERSTADT, L.J. y ABRAMSON, L.Y. (1987). Vulnerability to depressed mood reactions: Toward a more powerful test of the diathesis-stress and causal mediation components of the reformulated theory of

- depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 386-393.
- MINEKA S. (1985). *Animal models of anxiety-based disorders: Their usefulness and limitations*. Hillsdale, NJ: Earlbaum.
- MINEKA S. Y ZINBARG R., (1996). Conditioning and ethological models of anxiety disorders: Stress-in-dynamic-context anxiety models. In D.A. Hope (Ed.) *Nebraska Symposium on Motivation: Perspectives on anxiety, panic, and fear* (Vol. 43, pp. 135-210). Lincoln: University of Nebraska Press.
- MOSSEY J.M. Y SHAPIRO E. (1982). Self-rated health; A predictor of mortality among th elderly. *American Journal of Public Health*, 72(2), 800-808.
- MURPHY K.R. (1995). Empowering the adult with ADD. In K. G. Nadeau (Ed.), *A comprehensive guide to attention deficit disorders in adults*, pp. 135-167. New York: Brunner/Mazel.
- NATHAN P. (1986). Outcome of treatment for alcoholism: Current data. *Annals of Behavioral Medicine*, 8, 40-45.
- NEZU A.M. Y RONAN G.F. (1985). Life stress, current problems, problems solving, and depressive symptoms: An integrative model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53, 693-697.
- NOLEN-HOEKSEMA S., WOLFSON A., MUMME D. Y GUSKIN K. (1995). Helplessness in children of depressed and nondepressed mothers. *Developmental Psychology*, 31, 377-387.
- PEDERSEN N.L., GATZ M., PLOMIN R., NESSELROADE J.R., Y MCCLEARN, G.E. (1989). Individual differences in locus of control during the second half of the life span for identical and fraternal twins reared apart and reared together. *Journal of Gerontology*, 44, 100-105.
- PETERSON C. Y SELIGMAN M.E.P. (1987). Explanatory style and illness. *Journal of Personality*, 55, 237-265.
- PROCHASKA J.O. Y DICLEMENTE C.C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 161-173.
- RACHMAN S. Y SHAFRAN R. (1998). Cognitive and behavioral features of obsessive-compulsivedisorder. In R. Swinson, M.M. Antony, S. Rachman y M. Richter (Eds.) *Obsessive compulsive disorders*. New York: Guilford.
- REHM L.P. (1977). A self-control model of depression. *Behavior Therapy*, 8, 787-804.
- RISKIND J.H. (1997). Looming vulnerability to threat: A cognitive paradigm for anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 685-702.
- RISKIND J.H., LONG D.G., WILLIAMS N.L. Y WHITE J.C. (2000). Desperate acts for desperate times: Looming vulnerability and suicide. In T.E. Joiner, & M.D. Rudd, (Eds.). *Suicide science: Expanding the boundaries* (pp. 105-115. Norwell, MA: Kluwer.
- RISKIND J.H., WILLIAMS N.L., ALTMAN M.D., BLACK D.O., BALABAN M.S. Y GESSNER T. (2004). Parental bonding, attachment, and development of the looming maladaptive style: Anxiety, danger and schematic processing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 837-852.
- RODIN J. Y LANGER E. (1977). Long-term effects of a control-relevant intervention with the institutionalized aged. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 897-902.
- ROEMER L. Y ORSILLO S.M. (2002). Expanding our conceptualization of and treatment for generalized anxiety disorders: Integrating mindfulness/acceptance-based approaches with existing cognitive-behavioral models. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9, 54-68.
- ROTTER J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 1, Whole # 609.
- ROTTER J.B. (1990). Internal versus external control of reinforcement. *American Psychologist*, 45, 489-493
- ROTTER J.B., CHANCE J.E. Y PHARES E.J. (1972). *Applications of a social learning theory of personality*. Holt, Rinehart & Wintson, New York.
- SALAS-AUVERT J.A. (2002). *Adult attachment disturbances in panic disorder: A comparison with social phobia, and specific phobia*. Manuscrito no publicado. Philadelphia College of Osteopathic Medicine.

- SALAS-AUVERT, J.A. y FELGOISE, S.H. (2003). The rational-experiential information processing systems model: Its implication for cognitive therapy. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud/International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3, 123-140.
- SALKOVSKIS, P.M. (1998). Psychological approaches to the understanding of obsessional problems. In R. Swinson, M.M. Antony, S. Rachman y M. Richter (Eds.) *Obsessive-compulsive disorders*. New York: Guilford.
- SANDERSON, W.C., RAPEE, R.M. y BARLOW, D.H. (1983). The influence of an illusion of control on panic attacks induced via inhalation of 5.5% carbon dioxide-enriched air. *Archives of General Psychiatry*, 46, 157-162.
- SCHEIER, M.F. y CARVER, C.S. (1985). Optimism, coping and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.
- SCHEIER, M.F. y CARVER, C.S. (1992). Effects of optimism in psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 201-228.
- SCHEIER, M.F. y CARVER, C.S. (1993). On the power of positive thinking: The benefits of being optimistic. *Current direction in psychological science*, 2, 26-30.
- SCHEIER, M.F.; CARVER, C.S. y BRIDGES M.W. (1994). Distinguishing optimism from neuroticism (and trait anxiety, self-mastery and self-esteem): A reevaluation of the Life Orientation Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67, 1063-1078.
- SCHEIER, M.F.; CARVER, C.S. y BRIDGES, M.W. (2001). Optimism, pessimism and psychological well-being. In E.C. Chang (Ed.) *Optimism and pessimism: Implications for theory, research and practice* (pp 189-216). Washington, DC: American Psychological Association.
- SCHNALL, P. L.; ALLRED, K. D.; MORRISON, C. A. y CARLSON S.D., (1990). The relationship between "job-strain." workplace diastolic blood pressure, and left ventricular mass index: Results of a case control study. *Journal of the American Medical Association*, 63, 129-135.
- SCHILL, Th.; RAMANIAH, N. y TOVES, C. (1982). Defensive externality and vulnerability to life stress. *Psychological Reports*, 51, 878.
- SEGAL, Z.V.; WILLIAMS, J.M.G. y TEASDALE, J.D. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. New York: Guilford.
- SELIGMAN, M.E.P. (1991). *Learned Optimism*. New York: Knopf.
- SEEMAN, T. E. (1991). Personal control and coronary artery disease: How generalized expectancies about control may influence risk. *Journal of Psychosomatic Research*, 35, 4-12.
- SHEAR, M.K (1991). The concept of uncontrollability. *Psychological Inquiry*, 2(1), 88-93.
- SHEPPERD, J.A.; MAROTO, J.J. y PBERT, L.A. (1996). Dispositional optimism as a predictor of health changes among cardiac patients. *Journal of Research in Personality*, 30, 517-534.
- SKINNER, E.A. (1986). The origin of young children's perceived control: Mother contingent and sensitive behavior. *Interpersonal Journal of Behavioral Development*, 9, 359-382.
- SOBELL, L.C. y SOBELL, M.B. (2003). Using motivational interviewing techniques to talk to clients about their alcohol use. *Cognitive and Behavioral Practice*, 10, 214-221.
- SPIEGEL, D. (1991). Psychosocial intervention and survival time of patients with metastatic breast cancer. *Advances*, 7(3), 10-19.
- TAYLOR, S.E. y BROWN, J.D. (1988). Illusion and well-being: A social psychological perspective on mental health. *Psychological Bulletin*, 103, 193-210.
- TAYLOR, S.E.; LICHTMAN, R.R. y WOOD, J.V. (1984). Attributions, belief about control, and adjustment to breast cancer. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 489-502.
- TAYLOR, S.E. (1995). *Health psychology*. New York: McGraw-Hill.
- THOMPSON, R.A. (1998). Early sociopersonality development. In W. Damon (Series Ed.) y N. Eisenberg (Vol. Ed.), *Handbook of child psychology. Vol 3. Social, emotional and personality development*, (pp. 25-104). New York: Wiley.

- THOMPSON, S.C.; ARMSTRONG, W. y THOMAS, C. (1998). Illusion of control, underestimation, and accuracy: A control heuristic explanation. *Psychological Bulletin*, 123(2), 143-161.
- WATSON, M., GREER S.; ROWDEN, L. GORMAN, C.; ROBERTSON, B., BLISS, J.M. y TUNMORE, R. (1991). Relationships between emotional control, adjustment to cancer, and depression and anxiety in breast cancer patients. *Psychological Medicine*, 21, 51-57.
- WEINSTEIN, N.D. (1984). Why it won't happen to me: Perceptions of risk factors and susceptibility. *Health Psychology*, 3, 431-457.
- WEINSTEIN, N.D. (1993). Optimistic biases about personal risks. *Science*, 155, 1232-1233.
- WOLPE, J. (1969) *The practice of behavior therapy*. New York: Pergamon Press.

Fecha de envío: Noviembre 24 de 2007

Fecha de aceptación: Enero 30 de 2008

