

Original

## Percepción de control, afrontamiento y ajuste psicológico a la discapacidad visual



Jorge Luis Méndez-Ulrich<sup>a</sup>, Luca Prats-Basset<sup>a</sup>, Felipe Yagüe<sup>b</sup> y Antoni Sanz<sup>a,\*</sup>

<sup>a</sup> Grupo de Investigación en Estrés y Salud (GIES), Departamento de Psicología Básica, Evolutiva y de la Educación, Universitat Autònoma de Barcelona, Cerdanyola del Vallès, Barcelona, España

<sup>b</sup> Asociación Discapacidad Visual Catalunya, España

### INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

#### Historia del artículo:

Recibido el 22 de marzo de 2016

Aceptado el 27 de septiembre de 2016

On-line el 12 de noviembre de 2016

#### Palabras clave:

Discapacidad visual

Ceguera

Afrontamiento

Ajuste psicológico

Calidad de vida

Psicooftalmología

### R E S U M E N

Un grupo de 35 personas con discapacidad visual participaron en un estudio transversal y correlacional, con el fin de evaluar el papel de las creencias de control sobre el afrontamiento, la calidad de vida percibida y el ajuste psicológico a la discapacidad. Los participantes contestaron una batería de pruebas psicométricas adaptada al formato de presentación oral en el contexto de una entrevista estructurada. Los resultados sugieren que el afrontamiento resiliente, la calidad de vida y el ajuste psicológico se relacionan con la competencia percibida, pero no con el tipo de discapacidad, su origen (congénito o sobrevenido) o el género. Asimismo, una mayor competencia percibida supone menor presencia de sintomatología ansiosa y depresiva, menor afectividad negativa y mayor afectividad positiva. Se discuten las posibles aplicaciones de estos hallazgos en la práctica clínica psicológica orientada a mejorar el ajuste psicológico y la optimización del proceso de adaptación a la discapacidad visual.

© 2016 Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés - SEAS. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

### Perceived control, coping and psychological adjustment to visual disability

#### A B S T R A C T

A group of 35 visually impaired people participated in a cross-sectional, correlational study in order to assess the role of control beliefs on coping, perceived quality of life and psychological adjustment to disability. Participants completed a battery of psychometric tests that were adapted to an oral presentation format in the context of a structured interview. Results suggest that resilient coping, quality of life and psychological adjustment are related to perceived competence, but not to disability severity, the cause of disability (congenital or supervening) or gender. Moreover, increased perceived competence leads to a decrease in anxiety and depression symptoms, a reduction of negative affectivity and greater positive affectivity. The possible applications of these findings in clinical psychology practice aimed at improving psychological adjustment and optimising the process of adaptation to visual impairment are discussed.

© 2016 Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés - SEAS. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

#### Keywords:

Visual disability

Blindness

Coping

Psychological adjustment

Quality of life

Psycho-ophthalmology

La Organización Mundial de la Salud (2001) publicó a principios de este siglo la *Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud*, que dejó atrás un marco conceptual previo, focalizado en las limitaciones provocadas por los diferentes tipos de discapacidad, para centrarse en la funcionalidad que

mantiene la persona (Egea y Saravia, 2001). La discapacidad visual es una categoría que engloba cualquier problema visual grave ocasionado por patologías congénitas, accidentes de cualquier tipo o agentes infecto-contagiosos diversos (Cebrián de Miguel, 2003). Actualmente, este término integra las condiciones de ceguera total y deficiencia visual, incluidos en esta última los diferentes niveles de pérdida visual (Gutiérrez, Cancela y Zubiaur, 2006). Dentro del amplio término de ceguera se distinguen diversas entidades caracterizadas por la funcionalidad que preserva la persona. Así,

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: antonio.sanz@uab.cat (A. Sanz).

la ceguera total se refiere a la ausencia total de percepción de luz, mientras que se habla de ceguera parcial cuando se mantiene un cierto resto visual que permite la orientación hacia la luz y la percepción de masas. En ambos casos, la pérdida de visión limita la autonomía para realizar sus actividades de la vida cotidiana, en el acceso a la información y en la participación social en contextos diversos como el educativo, el laboral, o el ocio. En ocasiones, estas limitaciones no están determinadas únicamente por barreras físicas y/o arquitectónicas del entorno, sino también por barreras sociales. Algunos autores (Bolt, 2007; López-Justicia, 2004) defienden el uso de una terminología que reconozca la discapacidad visual como un continuo que va desde la no deficiencia visual a la ausencia total de visión.

Ante la aparición (gradual o abrupta) del déficit visual y de las limitaciones que supone, la persona ha de movilizar los mecanismos de adaptación de los que dispone para realizar los esfuerzos necesarios para mantener una vida lo más normalizada posible (Schulz, 1977; Suriá, 2012). De entre los modelos teóricos del ajuste a la discapacidad visual (descriptivos de fases, descriptivos de la adaptación, o causales) (Checa, Díaz y Pallero, 2003), destaca el modelo postulado por Dodds, Bailey, Pearson y Yates (1991) y Dodds (1993) que enfatiza la importancia de las variables cognitivas, emocionales y sociales en el proceso de adaptación y rehabilitación. Según este, el déficit visual provoca una pérdida total o parcial de los recursos habituales para afrontar las demandas del entorno, lo que podría generar sentimientos de incompetencia e indefensión, a causa de una disminución de la autoeficacia percibida y de la autoestima (Tuttle, 1984), lo que a su vez podría causar ansiedad y/o depresión. Este descenso en la autoeficacia podría dificultar o impedir el inicio de la rehabilitación, al crear unas expectativas pesimistas respecto a las propias capacidades para realizar con éxito los aprendizajes necesarios para la adaptación al déficit. De este modo, la forma en la que la persona se percibe a sí misma, en interrelación con el mundo, podría influir sobre la autoeficacia a través de factores como a) la atribución de éxitos y fracasos en las actividades cotidianas; b) las actividades realizadas por otras personas ciegas con las que se podrían sentir identificadas; c) el estrés ante la realización de tareas con limitación visual, y d) el papel de las personas con autoridad para el sujeto en la atribución de las causas de sus éxitos o fracasos. Esto se debe a que estas adversidades no acontecen en unas circunstancias neutras, sino que la persona tiene una historia y unas condiciones personales que la caracterizan.

Diversos factores podrían modular o mediar el proceso de adaptación al déficit visual, contribuyendo a la variabilidad interpersonal en el ajuste psicológico y en la calidad de vida percibida; entre estos se encuentran el apoyo social, los perfiles sociodemográficos, el tipo de discapacidad y las limitaciones que comporta (Rosa y Ochaíta, 1993; Checa et al., 2003). Uno de los determinantes de mayor peso en la adaptación y el ajuste podría ser el estilo de afrontamiento empleado (Nachshen, Woodford y Minnes, 2003; Saloviita, Italianna y Leinonen, 2003). No todas las personas afrontan del mismo modo las situaciones potencialmente traumáticas, como la pérdida visual, ya que mientras que algunas de ellas son capaces de aprender y salir fortalecidas del trauma, otras no (Kotliarenko, 2000; Fergus y Zimmerman, 2005; Infante, 2005; Ong, Bergeman, Bisconti y Wallace, 2006). Diversos autores sostienen que las creencias de control ejercen un papel nuclear en el afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1986; Terry, 1991). Uno de los constructos que ha suscitado un mayor interés en el estudio de las creencias de control en las conductas de salud es la *competencia percibida* (Pérez García y Rueda, 2004; Wallston, 1992, 2001), referida a la creencia general de la persona respecto al grado de control sobre el entorno y sobre los resultados de la propia conducta. Basándose en Rotter (1954, 1966) y Bandura (1977), y considerando la moderada validez predictiva sobre las conductas de salud que ha mostrado el constructo de locus de control (Palenzuela,

1984; Wallston y Wallston, 1978), este autor postuló la competencia percibida como una creencia generalizada que comparte con la autoeficacia (Bandura, 1997; Villamarín, 1990) la expectativa de sentirse capaz de actuar apropiadamente, pero que enfatiza la internalidad y globalidad de la conducta y sus consecuencias frente al contexto y al efecto del azar. La competencia percibida se relaciona además con la contingencia de la conducta, es decir, con la creencia de que el comportamiento será eficaz e instrumental para la consecución de un determinado objetivo (Garrido, 1993; Fernández-Castro, Álvarez, Blasco, Doval y Sanz, 1998; Blasco et al., 1999; Sanz y Villamarín, 1996; Sanjuán, Pérez y Bermúdez, 2000). Algunos trabajos han sugerido que las creencias globales de control, como la competencia percibida, tendrían una gran influencia en el afrontamiento (Wallston, 1992; Suls, David y Harvey, 1996; Njus y Brockway, 1999), por tratarse de variables disposicionales que se asocian con la tendencia a afrontar el estrés de forma activa y planificada (Carver, Scheier y Weintraub, 1989). Ferguson, Dodds y Flannigan (1994) explican esta tendencia, y su efecto sobre las conductas de salud, sugiriendo que las personas con alta percepción de control tienden a evaluar las situaciones adversas como retos y a afrontar el estrés de forma activa. Para MacNair y Elliott (1992), las personas que se sienten competentes en la manipulación de diferentes dominios presentan una tendencia a la implicación y se perciben más capaces de ejercer un adecuado control emocional y conductual durante el proceso de resolución de problemas. Limonero, Tomás-Sábado, Fernández-Castro, Cladellas y Gómez-Benito (2010) proponen que la competencia percibida reduce las consecuencias negativas del estrés y promueve estrategias de afrontamiento centradas en la tarea y en el control de la respuesta emocional. Asimismo, la ilusión del control, fenómeno derivado de una alta competencia percibida en situaciones claramente no controlables, podría proteger al individuo de los efectos emocionales negativos del estrés (Alloy, Abramson, Metalsky y Hartlage, 1988; Alloy y Clements, 1998). Por tanto, es plausible que en una situación potencialmente estresora como es la pérdida visual, caracterizada por la novedad, la incertidumbre y la ambigüedad, la competencia percibida contribuya tanto al ajuste psicológico como a la adaptación a la discapacidad visual, por ser esta una situación caracterizada por expectativas de eficacia bajas en el plano funcional. Por otra parte, Contador, Fernández-Calvo, Palenzuela, Miguéis y Ramos (2012) reportan que las creencias globales de control y la percepción de autoeficacia representan variables críticas en la predicción del nivel de sobrecarga de los cuidadores principales de personas con demencia, más allá de las variables clínicas de estos pacientes, en el sentido de que, a mayor percepción de competencia, menor sobrecarga.

De entre los estilos de afrontamiento que pueden facilitar el ajuste emocional destaca el denominado afrontamiento resiliente, entendido como un proceso dinámico que incluye la adaptación positiva a un contexto de adversidad significativa (Luthar, Cicchetti y Becker, 2000), y que se asocia a un mayor bienestar psicológico (Bernard, 1999). La principal característica del afrontamiento resiliente es su capacidad para promover la adaptación positiva, a pesar de la alta tensión ocasionada por las adversidades. Una elevada competencia percibida podría contribuir a una mayor percepción de recursos de afrontamiento, y así influir en la puesta en práctica de este tipo de estilos de afrontamiento ante situaciones altamente estresantes, como la pérdida visual, y por tanto hipotéticamente podrían influir sobre el ajuste psicológico a esta condición. No obstante, la relación entre el ajuste a la discapacidad visual de los propios pacientes y las creencias de control permanece inexplorada, tanto en el modelo de ajuste de Dodds, como en la literatura existente en este campo. Por tanto, con el objetivo de explorar la relación entre la percepción de control, el afrontamiento resiliente y el ajuste psicológico a la discapacidad visual y la calidad de vida, se realizó un estudio de campo cuyo objetivo principal fue evaluar

**Tabla 1**  
Caracterización de la muestra

		%
Género	Hombres	43
	Mujeres	57
Grado de déficit	Total	34
	Parcial	66
Origen del déficit <sup>a</sup>	Congénito	60
	Adquirido	49
Evolución	Degenerativa	74
	Sobrenvenida	26
Situación laboral	Actividad	31
	Inactividad	69

<sup>a</sup> Los porcentajes no suman 100% debido a 3 casos de comorbilidad.

el papel de la competencia percibida sobre el ajuste psicológico a la discapacidad visual y la calidad de vida. Los objetivos específicos de este estudio fueron: 1) medir el ajuste psicológico y la calidad de vida de un grupo de personas con discapacidad visual en función del tipo de déficit experimentado; 2) evaluar el papel mediador de la competencia percibida sobre dicho ajuste, y 3) determinar el posible papel modulador de la competencia percibida sobre el afrontamiento resiliente. De estos objetivos, así como de la revisión de la literatura científica, se derivaron las siguientes hipótesis:

H1. Aquellas personas con mayor competencia percibida presentarán un mejor ajuste al déficit, independientemente de su grado y origen, en la línea de los postulados del modelo de [Dodds et al. \(1991\)](#), que asocia el ajuste a la autoeficacia.

H2. Existirá una asociación entre la competencia percibida y el uso de estrategias de afrontamiento resiliente, como sostienen [Limonero et al. \(2010\)](#) o [MacNair y Elliott \(1992\)](#).

H3. Aquellas personas que empleen estrategias de afrontamiento resiliente presentarán a su vez un mayor ajuste psicológico.

## Método

Para el presente estudio se empleó un diseño transversal *ex post facto* descriptivo y correlacional entre la competencia percibida y el ajuste psicológico a la discapacidad visual. Además, se evaluó el posible efecto de diversas posibles covariables en la relación entre la competencia percibida y el ajuste psicológico, como el tipo de discapacidad (sobrenvenida o innata), el género, o el tipo de déficit (ceguera total vs. baja visión).

### Participantes

Dada la necesidad de acceder a una muestra clínica, esta estuvo compuesta por 35 personas (15 hombres y 20 mujeres), miembros de la Asociación Discapacidad Visual Catalunya. En este estudio se empleó un muestreo por conveniencia. La media de edad de los participantes fue de 56,2 años (DE = 15,04; rango 26–79) que accedieron voluntariamente a participar en el estudio. De estos, 12 presentaban ceguera total y el resto baja visión. El tipo de déficit de 18 de los participantes era de carácter congénito, y en 14 casos era adquirido, mientras que en 3 casos se presentaban comorbilidades de causas tanto congénitas como adquiridas. La discapacidad había seguido un curso degenerativo en 23 personas, y en 8 de ellas se había presentado de manera abrupta. En relación con las características sociolaborales de la muestra, 11 personas estaban en situación laboral activa, mientras que el resto estaban en situación de inactividad con reconocimiento de pensión de incapacidad o de jubilación ([tabla 1](#)).

### Instrumentos

Para el registro de las variables sociodemográficas (género, edad, tipo y características de la discapacidad, etc.), se creó un

cuestionario *ad hoc*. La evaluación de la competencia percibida se llevó a cabo mediante la Escala de Competencia Percibida (ECP; [Wallston, 1992](#)), adaptada al castellano por [Fernández-Castro et al. \(1998\)](#). Esta escala es unifactorial y está compuesta por 8 ítems asociados a una escala de respuesta tipo Likert. Para evaluar la afectividad se empleó la adaptación española ([Sandín et al., 1999](#)) de la Escala de Afecto Positivo y Afecto Negativo (PANAS; [Watson, Clark y Tellegen, 1988](#)), que consta de 2 subescalas de 10 ítems que evalúan mediante descriptores de sentimientos las dimensiones afectividad positiva y afectividad negativa. Para evaluar el ajuste psicológico a la discapacidad visual se empleó la adaptación española ([Pallero, Ferrando, Díaz y Lorenzo, 2002](#)) de la Escala de Ajuste de Nottingham (NAS; [Dodds et al., 1991](#)), que define el ajuste al déficit visual en términos de consecuencias cognitivas y emocionales derivadas de la pérdida visual y de las actitudes respecto al déficit, y que se emplea como instrumento de cribado en la práctica clínica para identificar casos susceptibles de recibir tratamiento psicológico, así como para evaluar el impacto psicológico de estas intervenciones. Este instrumento se compone de 51 ítems, que se distribuyen en las siguientes 7 subescalas: ansiedad/depresión, autoestima, autoeficacia, locus de control, actitudes hacia el déficit, aceptación del propio déficit e ideación suicida. El estilo de afrontamiento resiliente se evaluó con la adaptación española ([Moret-Tatay, Fernández, Civera, Navarro y Alcover, 2015](#)) de la *Brief Resilient Coping Scale* (BRCS; [Sinclair y Wallston, 2004](#)), constituida por 4 ítems tipo Likert con un rango total de entre 0 y 20 puntos. Finalmente, se crearon una serie de ítems únicos *ad hoc* que medían en una escala del 0 al 10 la satisfacción subjetiva con la vida familiar, laboral y en relación con el tiempo de ocio, como indicadores de calidad de vida.

### Procedimiento

Los participantes asistieron a una entrevista individual, convenida telefónicamente, en la sede de la Asociación Discapacidad Visual Catalunya. Después de ser recibidos por el investigador (n = 2), se describía a los participantes tanto el procedimiento como la finalidad del estudio, y se les solicitaba que firmasen el consentimiento informado, que era leído por el investigador en caso de ser necesario. Al comienzo de la entrevista, se recogía la información sociodemográfica y relativa a la situación visual. Seguidamente, se administró la batería psicométrica de manera verbal, en formato de entrevista estructurada. Para facilitar la introducción y reducir a 0 la pérdida de datos, se empleó un formulario virtual en la plataforma Google Drive. Los datos así recopilados fueron exportados al *software* IBM SPSS v.22 para su explotación estadística. Todos los participantes fueron declarados casos válidos.

### Análisis de datos

En primer lugar, se calcularon las puntuaciones directas de todas las escalas y subescalas administradas. Dada la particularidad del procedimiento de administración de los instrumentos, se consideró pertinente efectuar un análisis de fiabilidad de los mismos. Para aquellas pruebas de estadística inferencial que así lo requirieron, se llevó a cabo la dicotomización de las puntuaciones de competencia percibida y de estilo de afrontamiento resiliente, creando las condiciones de puntuación alta y baja, tomando como criterio de corte la mediana de la distribución muestral de cada variable. Con el propósito de determinar la asociación entre las variables psicológicas registradas y el ajuste a la discapacidad visual se llevaron a cabo correlaciones de Pearson bivariadas. Para determinar el hipotético efecto de los niveles de competencia percibida sobre el ajuste psicológico y social de los participantes, se empleó la prueba *t* de Student-Fisher de comparación de medias para muestras independientes, así como el índice *d* de Cohen de tamaño del efecto.

**Tabla 2**  
Pruebas de fiabilidad de las escalas ECP, BRCS, PANAS y NAS

Escala	$\alpha$ de Cronbach
ECP	0,88
BRCS	0,64
PANAS <sub>ne</sub>	0,88
PANAS <sub>pos</sub>	0,88
NAS <sub>ansiedad/depresión</sub>	0,85
NAS <sub>autoestima</sub>	0,76
NAS <sub>ideación suicida</sub>	0,76
NAS <sub>actitudes</sub>	0,62
NAS <sub>autoeficacia</sub>	0,76
NAS <sub>aceptación</sub>	0,75

BRCS: *Brief Resilient Coping Scale*; ECP: Escala de Competencia Percibida; NAS: *Nottingham Adaptation Scale*; PANAS: *Positive Affect and Negative Affect Scale*.

Finalmente, con la finalidad de dilucidar si el efecto de la competencia percibida sobre el ajuste al déficit visual está mediado por el uso de estrategias de afrontamiento resiliente, se procedió a realizar correlaciones parciales entre las puntuaciones de la escala ECP con las subescalas del NAS, controlando para los efectos de la escala BRCS.

## Resultados

En primer lugar, se obtuvieron indicadores de fiabilidad de las escalas, evaluada mediante el índice de consistencia interna  $\alpha$  de Cronbach (tabla 2). En todas ellas, el índice fue superior a  $\alpha = 0,7$  (salvo para el BRCS y la subescala actitudes de la NAS), siendo los índices obtenidos comparables a los de las versiones originales y sus adaptaciones al castellano. Esto avala la pertinencia de este formato de administración de estas escalas, ya que fueron aplicadas de forma oral en el contexto de una entrevista estructurada, debido a las limitaciones intrínsecas a la naturaleza de la muestra (personas con discapacidad visual).

En relación con los determinantes del ajuste psicológico, no se observaron efectos de significación estadística en función del tipo (parcial vs. total) ni del origen de la discapacidad (congénita vs. sobrevenida), a excepción de la subescala de autoestima del NAS, en la que las personas cuyo déficit era de tipo degenerativo presentaron puntuaciones superiores que aquellas personas cuya discapacidad era de origen abrupto, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ( $p = 0,03$ ). Tampoco se observaron (tabla 3)

**Tabla 3**  
Medias muestrales y en función del género de las dimensiones evaluadas de las escalas ECP, BRCS, PANAS y NAS

		Muestra	Hombres	Mujeres	Tamaño del efecto ( <i>d</i> de Cohen)
ECP	Media	32,0	32,0	33,5	-0,22
	DT	6,90	6,62	6,89	
BRCS	Media	15,2	13,8	16,4	-1,04
	DT	2,72	2,81	2,13	
PANAS <sub>neg</sub>	Media	20,2	21,2	19,6	0,24
	DT	6,79	5,38	7,74	
PANAS <sub>pos</sub>	Media	30,9	30,4	31,3	-0,14
	DT	6,14	6,21	6,23	
NAS <sub>ansiedad/depresión</sub>	Media	23,6	23,9	23,4	0,13
	DT	3,84	2,49	4,66	
NAS <sub>autoestima</sub>	Media	34,9	33,9	35,6	-0,28
	DT	5,91	5,69	6,11	
NAS <sub>ideación suicida</sub>	Media	19,1	19,1	19,1	0
	DT	1,54	1,39	1,68	
NAS <sub>actitudes</sub>	Media	25,2	26,9	23,9	0,70
	DT	4,36	4,81	3,63	
NAS <sub>autoeficacia</sub>	Media	28,7	28,1	29,1	-0,19
	DT	5,40	4,41	6,12	
NAS <sub>aceptación</sub>	Media	35,3	34,5	36,0	-0,28
	DT	5,39	4,47	6,02	

BRCS: *Brief Resilient Coping Scale*; DT: desviación tipo; ECP: Escala de Competencia Percibida; NAS: *Nottingham Adaptation Scale*; PANAS: *Positive Affect and Negative Affect Scale*.

diferencias significativas en función del género en la escala de competencia percibida ECP ni en las escalas de adaptación de la NAS, con la excepción de la subescala de actitud hacia la discapacidad de la NAS, en la que los hombres obtuvieron una mayor puntuación ( $M = 26,9$  vs.  $M = 24,0$ ;  $p = 0,05$ ), y en la percepción de estrés vinculada a la discapacidad, en la que las mujeres obtuvieron una puntuación superior ( $M = 6,2$  vs.  $M = 4,62$ ;  $p = 0,04$ ). Asimismo, se observó una diferencia de género estadísticamente significativa en la medida de estilo de afrontamiento resiliente (BRCS), en la que las mujeres obtuvieron una puntuación más elevada ( $M = 16,4$ ) que los hombres ( $M = 13,8$ ;  $p = 0,004$ ).

En relación con el efecto de la competencia percibida sobre el ajuste psicológico a la discapacidad visual, se obtuvo una correlación positiva y significativa entre esta y el uso de estrategias de afrontamiento resilientes ( $r = 0,48$ ;  $p = 0,009$ ), con la subescala de afecto positivo del PANAS ( $r = 0,33$ ;  $p = 0,05$ ) y las subescalas de la NAS de autoestima ( $r = 0,66$ ;  $p < 0,005$ ), aceptación ( $r = 0,39$ ;  $p = 0,02$ ), y autoeficacia ( $r = 0,43$ ;  $p = 0,010$ ). Asimismo, la competencia percibida correlacionó de forma negativa y significativa con la subescala de afecto negativo del PANAS ( $r = -0,55$ ;  $p = 0,001$ ) y la subescala de ansiedad y depresión de la NAS ( $r = 0,47$ ;  $p = 0,007$ ). Contrariamente, no se obtuvieron correlaciones que alcanzaran la significación estadística entre la competencia percibida y las subescalas de la NAS de ideación suicida y de actitudes hacia la discapacidad (si bien estas tendían a correlacionar negativamente). En relación con las correlaciones parciales realizadas para determinar si el hipotético efecto de la competencia percibida sobre el ajuste a la deficiencia visual está mediado por el empleo de estrategias de afrontamiento resiliente, estas mostraron cómo las magnitudes de efectos derivados de las correlaciones parciales fueron iguales o levemente inferiores a las obtenidas de las correlaciones de Pearson directas, manteniéndose la significación estadística si esta se había obtenido también en la correlación directa (tabla 4).

Respecto a la calidad de vida subjetiva, se obtuvieron correlaciones positivas y significativas entre la competencia percibida y el grado en que disfrutaban con sus diferentes actividades de ocio ( $r = 0,50$ ;  $p = 0,003$ ) y con el nivel de satisfacción general con la vida ( $r = 0,50$ ;  $p = 0,004$ ). En cambio, no se obtuvo una correlación significativa entre la competencia percibida y la satisfacción con la situación familiar y con el trabajo, así como con el nivel de estrés subjetivo provocado por la deficiencia visual. La tabla 5 muestra cómo las personas con mayores niveles de competencia percibida

**Tabla 4**

Comparación entre magnitudes de los efectos obtenidas de las correlaciones directas y correlaciones parciales entre la escala de competencia percibida (ECP) y las subescalas de adaptación NAS controlando el efecto del estilo de afrontamiento resiliente (escala BSRC)

		Correlaciones de Pearson	Correlaciones parciales
NAS <sub>ansiedad/depresión</sub>	Magnitud del efecto ( $r^2$ ) (%)	20,2	16,8
	Correlación de Pearson	0,45**	0,41*
NAS <sub>autoestima</sub>	Magnitud del efecto ( $r^2$ ) (%)	44,9	37,2
	Correlación de Pearson	0,67**	0,61**
NAS <sub>ideación suicida</sub>	Magnitud del efecto ( $r^2$ ) (%)	0,0	0
	Correlación de Pearson	0,21	0,17
NAS <sub>actitudes</sub>	Magnitud del efecto ( $r^2$ ) (%)	0	0,0
	Correlación de Pearson	0,05	0,21
NAS <sub>autoeficacia</sub>	Magnitud del efecto ( $r^2$ ) (%)	14,4	0,0
	Correlación de Pearson	0,38*	0,30
NAS <sub>aceptación</sub>	Magnitud del efecto ( $r^2$ ) (%)	15,2	11,6
	Correlación de Pearson	0,39*	0,34*

NAS: *Nottingham Adaptation Scale*.

\*  $p < 0,05$ .

\*\*  $p < 0,01$ .

**Tabla 5**

Puntuaciones de ajuste a la discapacidad en función del nivel de competencia percibida

		ECP <sub>alta</sub>	ECP <sub>baja</sub>	Tamaño del efecto ( $d$ de Cohen)
NAS <sub>ansiedad/depresión</sub>	Media	24,9	22,3	0,71
	DT	2,4	4,54	
NAS <sub>autoestima</sub>	Media	38,9	31,0	1,81
	DT	3,1	5,35	
NAS <sub>ideación suicida</sub>	Media	19,5	18,7	0,53
	DT	1,07	1,84	
NAS <sub>actitudes</sub>	Media	25,2	25,1	0,02
	DT	4,1	4,71	
NAS <sub>autoeficacia</sub>	Media	30,9	26,5	0,99
	DT	4,7	5,26	
NAS <sub>aceptación</sub>	Media	36,2	34,5	0,31
	DT	4,48	6,14	

DT: desviación tipo; ECP: Escala de Competencia Percibida; NAS: *Nottingham Adaptation Scale*.

reportaron puntuaciones de ajuste al déficit visual superiores y estadísticamente significativas en las subescalas de depresión y ansiedad ( $p = 0,04$ ), autoestima ( $p < 0,0005$ ), y autoeficacia ( $p = 0,01$ ) de la escala de adaptación NAS. En las subescalas de ideación suicida, actitudes hacia la discapacidad y aceptación del déficit no se encontraron diferencias de significación estadística en función de la competencia percibida.

En cuanto a la relación entre la competencia y el estado de ánimo, las personas con puntuación alta en la ECP presentaron mayor afecto positivo ( $M = 33,1$  vs.  $M = 28,9$ ;  $p = 0,04$ ), así como menor afecto negativo ( $M = 17,2$  vs.  $M = 23,2$ ;  $p = 0,008$ ).

Finalmente, se observó que las personas con competencia percibida alta obtuvieron puntuaciones superiores en afrontamiento resiliente ( $M = 16,4$  vs.  $M = 14,2$ ;  $p = 0,01$ ). Por su parte, las personas con puntuaciones altas en estilo de afrontamiento resiliente obtuvieron puntuaciones más bajas en ansiedad y depresión, y más altas

en autoestima, aceptación del déficit y autoeficacia. Para el resto de subescalas de adaptación no se hallaron diferencias de significación estadística en función de las puntuaciones obtenidas en la escala de afrontamiento resiliente.

## Discusión

Un primer resultado de nuestro estudio, que puede ser especialmente relevante para la práctica clínica en la atención a las personas con discapacidad visual, fue la aceptable fiabilidad de las pruebas psicométricas empleadas en nuestro estudio en su adaptación al formato de administración oral, que igualan prácticamente los valores obtenidos en su modalidad autoaplicada con muestra normativa. Por otra parte, aunque las personas cuya discapacidad era degenerativa presentaban una mayor autoestima que aquellas cuyo déficit se había producido de forma abrupta, no se observó ninguna asociación entre el nivel de ajuste y el tipo de discapacidad (ceguera total, baja visión, discapacidad congénita o adquirida). Con relación a la hipótesis H1, nuestros hallazgos sugieren que esta se cumplió debido a que los análisis estadísticos parecen corroborar la existencia de la relación entre la competencia percibida y el ajuste psicológico de las personas con discapacidad visual. Las subescalas de autoestima, autoeficacia, ansiedad y depresión, y aceptación de la NAS correlacionaron significativamente con la competencia percibida; destacan el gran tamaño del efecto observado sobre las 2 primeras subescalas citadas (autoestima y autoeficacia); contrariamente, esta correlación no se observó en las subescalas de ideación suicida y de actitudes hacia la discapacidad. Esta ausencia de asociación podría deberse, en primer lugar, a que la escala de actitudes refleja la opinión personal respecto a la capacidad del colectivo de personas con discapacidad visual para vivir de forma autónoma e independiente, y no en cómo la persona valora y afronta su propia situación. Por otra parte, los participantes en nuestro estudio no presentaban niveles clínicos de depresión, motivo por el cual la presencia de ideación autolítica sería escasa en nuestra muestra. En lo referente al bienestar subjetivo y la calidad de vida percibida por los participantes, la competencia percibida se asoció de forma significativa con la percepción de satisfacción general con la vida y con el empleo del tiempo en actividades de ocio, pero no con la satisfacción con las relaciones familiares y con el trabajo. Esto podría deberse a que las personas con discapacidad visual tal vez puedan sufrir diferentes dificultades a la hora de constituir su propia familia y en general en la participación familiar, y al escaso número de participantes en situación laboral activa en el momento del estudio. Además, la percepción de internalidad del comportamiento derivada de la competencia percibida podría derivar a su vez en una mayor aceptación de las limitaciones relacionadas con el déficit, de manera que ni las magnificaría ni las minimizaría, en la línea de los hallazgos de Smith, Dobbins, y Wallston (1991), que apuntan a que una alta competencia percibida modula la adaptación a las enfermedades crónicas.

Por otra parte, se observó una asociación positiva y significativa entre la competencia percibida y la puesta en práctica de las estrategias de afrontamiento resiliente que evalúa la BRCS, lo que podría contribuir a una mayor adaptación al contexto de adversidad que supone la discapacidad visual, mediante la realización de aquellos esfuerzos cognitivos y comportamentales necesarios para gestionar de forma satisfactoria las demandas internas y externas vinculadas al déficit, lo que apoya la hipótesis H2, que sugería una asociación entre la competencia percibida y el uso de estrategias de afrontamiento resiliente. No obstante, y de forma ciertamente paradójica, la hipótesis H3, que pronosticaba un mayor ajuste psicológico en aquellas personas que empleasen estrategias de afrontamiento resiliente, se ve contravenida por los resultados, ya que no se observó ninguna asociación significativa entre

las medidas de afrontamiento resiliente y el ajuste a la discapacidad visual. Por tanto, según nuestros resultados, las estrategias de afrontamiento resiliente no actuarían como predictores del ajuste al déficit, mientras sí que lo sería la competencia percibida. Es más, las correlaciones parciales indican claramente cómo la competencia percibida influye directamente sobre la afectividad, la calidad de vida y la adaptación a la enfermedad sin la mediación del estilo de afrontamiento resiliente. Esto puede deberse a diversas causas. Una de ellas es que cualquier estilo de afrontamiento, sea o no el evaluado en este estudio, pudiera ser igualmente efectivo para la adaptación a la discapacidad visual y la calidad de vida en personas con alta competencia percibida.

Según los resultados obtenidos, las personas con discapacidad visual y una alta percepción de competencia podrían tender en mayor medida a poner en práctica comportamientos relacionados con la mejora de su salud y de su calidad de vida, ya que una elevada autoeficacia y autoestima podrían actuar como determinantes de la motivación para activar los comportamientos promotores de la salud y para adquirir nuevos aprendizajes relacionados con la adaptación a la discapacidad (como el aprendizaje del manejo de ayudas técnicas, por ejemplo). Con las cautelas convenientes, relativas a las limitaciones del estudio, como por ejemplo el escaso tamaño de la muestra (debido a las dificultades para concertar fecha y hora para el estudio con muchos de los miembros de la asociación), al formato oral de las entrevistas, y al carácter transversal de este estudio, que no permite establecer relaciones directas de causalidad entre las expectativas globales y el ajuste al déficit, los resultados obtenidos aportan información de interés en relación con el diseño e implementación de intervenciones orientadas a mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad visual, optimizar su progresiva adaptación al déficit, y especialmente a fomentar la adquisición de habilidades necesarias, como el manejo de ayuda técnica o el lenguaje Braille. A nuestro juicio, la competencia percibida debería ser introducida en el diagnóstico y en el diseño de las intervenciones psicológicas orientadas a la adaptación a la discapacidad visual. Además, sería pertinente considerar su valor predictivo con relación a la evolución de la terapia, y en su potencial como herramienta para minimizar los efectos nocivos del estrés sobre la salud y la conducta, y para fomentar las emociones positivas y la instauración de hábitos saludables como elemento fundamental del ajuste psicológico a la discapacidad visual, y así contribuir a la mejora de la calidad de vida de estas personas. Con este propósito resultaría pertinente la realización de estudios longitudinales centrados en el papel de las expectativas globales de control en la aceptación y adaptación a la discapacidad visual. Dados los resultados paradójicos obtenidos, la investigación futura debería también profundizar en la relación entre la competencia percibida y el afrontamiento, incluyendo otros estilos, además del resiliente.

## Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

## Bibliografía

- Alloy, L. B., Abramson, L. Y., Metalsky, G. I. y Hartlage, S. (1988). The hopelessness theory of depression: Attributional aspects. *British Journal of Clinical Psychology*, 20, 5–21.
- Alloy, L. B. y Clements, C. M. (1998). Hopelessness theory of depression: Tests of the symptom component. *Cognitive Therapy and Research*, 22, 303–335.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. *Psychological Review*, 84, 191–215.
- Bandura, A. (Ed.). (1997). *Self-efficacy. The exercise of control*. New York: Freeman.
- Bernard, B. (1999). Applications of resilience: Possibilities and promise. En M. Glantz y J. Johnson (Eds.), *Resilience and development: Positive life adaptation*. New York: Plenum.
- Blasco, T., Fernández-Castro, J., Doval, E., Moix, J., Rovira, T. y Sanz, A. (1999). Competencia personal y estrés. *Ansiedad y Estrés*, 5, 261–273.
- Bolt, D. (2007). De «ceguera» a «discapacidad visual»: la tipología terminológica y el modelo social de la discapacidad. *Entre Dos Mundos*, 33, 65–76.
- Carver, C. S., Scheier, M. F. y Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 267–283.
- Cebrián de Miguel, M. D. (2003). *Glosario de discapacidad visual*. Madrid: Organización Nacional de Ciegos Españoles.
- Checa, J., Díaz, P. y Pallero, R. (2003). *Psicología y ceguera: manual para la intervención psicológica en el ajuste a la deficiencia visual*. Madrid: Organización Nacional de Ciegos Españoles.
- Contador, I., Fernández-Calvo, B., Palenzuela, D. L., Miguéis, S. y Ramos, F. (2012). Prediction of burden in family caregivers of patients with dementia: A perspective of optimism based on generalized expectancies of control. *Aging & Mental Health*, 16(6), 675–682.
- Dodds, A. G. (1993). *Rehabilitating blind and visually impaired people. A psychological approach*. London: Chapman & Hall.
- Dodds, A. G., Bailey, P., Pearson, A. y Yates, L. (1991). Psychological factors in acquired visual impairment: The development of a scale of adjustment. *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 87, 306–310.
- Egea, C. y Saravia, A. (2001). Clasificaciones de la OMS sobre la discapacidad. *Boletín del Real Patronato sobre Discapacidad*, (50), 15–30.
- Fergus, S. y Zimmerman, M. A. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*, 26, 399–419.
- Ferguson, E., Dodds, A., Ng, L. y Flannigan, H. (1994). Perceived control. Distinct but related levels of analysis? *Personality and Individual Differences*, 16, 425–432.
- Fernández-Castro, J., Álvarez, M., Blasco, T., Doval, E. y Sanz, A. (1998). Validación de la Escala de Competencia Personal de Wallston: implicaciones para el estudio del estrés. *Ansiedad y Estrés*, 4, 31–41.
- Garrido, E. (1993). Autoeficacia e intervención en problemas de familia. *Psicothema*, 5, 337–347.
- Gutiérrez, A., Cancela, J. M. y Zubiaur, M. (2006). De la «minusvalía» visual a la «discapacidad» visual. *Revista de Investigación en Educación*, 3. Disponible en: <http://webs.uvigo.es/reined/ejemplares/3/reined.03.02.pdf>
- Infante, F. (2005). La resiliencia como proceso: una revisión de la literatura reciente. En A. Melillo y E. Suárez (Eds.), *Resiliencia: descubriendo las propias fortalezas*. Buenos Aires: Paidós.
- Kotliarenco, M. A. (2000). *Actualizaciones en resiliencia*. Buenos Aires: Ediciones UNLA.
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca.
- Limonero, J. T., Tomás-Sábado, J., Fernández-Castro, J., Cladellas, R. y Gómez-Benito, J. (2010). Competencia personal percibida y ansiedad ante la muerte en estudiantes de enfermería. *Ansiedad y Estrés*, 16, 177–188.
- López-Justicia, M. D. (2004). *Aspectos evolutivos y educativos de la deficiencia visual*. A Coruña: NetBiblo.
- Luthar, S. S., Cicchetti, D. y Becker, B. (2000). The construct of resilience: An evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71, 543–562.
- MacNair, R. R. y Elliott, T. (1992). Self-perceived problem solving ability, stress appraisal and coping over time. *Journal of Research in Personality*, 26, 150–164.
- Moret-Tatay, C., Fernández, J. J., Civera, C., Navarro, E. y Alcover, C. M. (2015). Psychometric properties and factor structure of the BRCS in an elderly Spanish sample. *Anales de Psicología*, 31, 1030–1034.
- Nachshen, J. S., Woodford, L. y Minnes, P. (2003). The family stress and coping. Interview for families of individuals with developmental disabilities: A lifespan perspective on family adjustment. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 285–290.
- Njus, D. M. y Brockway, J. H. (1999). Perceptions of competence and locus of control for positive and negative outcomes. *Personality and Individual Differences*, 26, 531–548.
- Ong, A. D., Bergeman, C. S., Bisconti, T. L. y Wallace, K. A. (2006). Psychological resilience, positive emotions and successful adaptation to stress in later life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91, 730–749.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). *Clasificación internacional del funcionamiento, de la discapacidad y de la salud (CIF)*. Madrid: Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.
- Palenzuela, D. L. (1984). Critical evaluation of locus of control. Towards a reconceptualization of the construct and its measurement. *Psychological Reports*, 54(3), 683–709.
- Pallero, R., Ferrando, P. J., Díaz, M. y Lorenzo, U. (2002). Adaptación española de la escala de Nottingham de ajuste a la deficiencia visual. *Integración*, 40, 7–20.
- Pérez García, A. M. y Rueda, B. (2004). Análisis comparativo de la competencia percibida general y la específica de salud. *Ansiedad y Estrés*, 10, 127–139.
- Rosa, A. y Ochaita, E. (1993). *Psicología de la ceguera*. Madrid: Alianza Psicología.
- Rotter, J. B. (1954). *Social learning and clinical psychology*. New York: Prentice-Hall.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs*, 80, 1014–1053.
- Saloviita, T., Itälinna, M. y Leinonen, E. (2003). Explaining the parental stress of fathers and mothers caring for a child with intellectual disability: A double ABCX model. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 300–312.
- Sandín, B., Chorot, P., Lostao, L., Joiner, T. E., Santed, M. A. y Valiente, R. M. (1999). Escalas PANAS de afecto positivo y negativo: validación factorial y convergencia transcultural. *Psicothema*, 11, 37–51.
- Sanjuán, P., Pérez, A. y Bermúdez, J. (2000). Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema*, 12, 509–513.

- Sanz, A. y Villamarín, F. (1996). Autoeficacia, valor del incentivo y competencia personal: efecto sobre el estado de ánimo, la motivación intrínseca y la activación percibida. *Ansiedad y Estrés*, 5, 145–160.
- Schulz, P. J. (1977). Reaction to the loss of sight. En J. Pearlman, G. L. Admas, y S. H. Sloan (Eds.), *Psychiatric problems in ophthalmology*. Springfield: Charles C. Thomas.
- Sinclair, V. G. y Wallston, K. A. (2004). The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment*, 11(1), 94–101.
- Smith, C. A., Dobbins, C. J. y Wallston, K. A. (1991). The mediational role of perceived competence in psychological adjustment to rheumatoid arthritis. *Journal of Applied Social Psychology*, 21, 1218–1257.
- Suls, J. D., David, J. P. y Harvey, J. H. (1996). Personality and coping: Three generations of research. *Journal of Personality*, 64, 711–735.
- Suriá, R. (2012). Resiliencia en jóvenes con discapacidad. ¿Difiere según la tipología y etapa en la que se adquiere la discapacidad? *Boletín de Psicología*, 105, 75–89.
- Terry, D. J. (1991). Coping resources and situational appraisals as predictors of coping behaviour. *Personality and Individual Differences*, 12, 1031–1047.
- Tuttle, D. W. (1984). *Self-esteem and adjusting with blindness*. Springfield: Charles C. Thomas.
- Villamarín, F. (1990). Auto-eficacia y conductas relacionadas con la salud. *Revista de Psicología de la Salud*, 2, 45–64.
- Wallston, K. A. (1992). Hocus-Pocus, the locus isn't on locus: Rotter's social learning theory modified for health. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 183–199.
- Wallston, K. A. (2001). Conceptualization and operationalization of perceived control. En A. Baum, T. Revenson, y J. E. Singer (Eds.), *The handbook of health psychology*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Wallston, B. y Wallston, K. (1978). Locus of control and health: A review of the literature. *Health Education Monographs*, 6, 107–117.
- Watson, D., Clark, L. A. y Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063–1070.