



ARTÍCULOS DE INVESTIGACIÓN

Autoeficacia en personas con lesión medular: análisis diferencial en dimensiones de bienestar psicológico



Raquel Suriá^{a,*} y Juan Manuel Ortigosa^b

^a Universidad de Alicante, Alicante, España

^b Universidad de Murcia, Murcia, España

Recibido el 15 de julio de 2017; aceptado el 5 de abril de 2018

Disponible en Internet el 18 de mayo de 2018

PALABRAS CLAVE

Lesión medular;
Autoeficacia;
Calidad de vida;
Programas de
intervención

KEYWORDS

Spinal cord injury;
Self-efficacy;
Quality of life;
Intervention
programs

Resumen

Objetivo: Examinar la asociación de la autoeficacia con el bienestar psicológico en personas con lesión medular.

Método: En este estudio transversal participaron 94 individuos mayores de 18 años con lesión medular causada por un accidente de tráfico. Para la recogida de los datos se administró un cuestionario sociodemográfico, la Escala de autoeficacia generalizada y la Escala de bienestar psicológico de Ryff.

Resultados: A más edad y antigüedad de la lesión medular mayor autoeficacia. Se obtuvieron relaciones significativas entre la autoeficacia y los factores de bienestar psicológico. Según los diferentes grados de autoeficacia, aquellos que presentan autoeficacia alta y moderada obtienen mejores puntuaciones en autoaceptación, relaciones positivas, dominio del entorno, propósito de la vida y crecimiento personal que los que muestran autoeficacia baja.

Conclusiones: Las personas con lesión medular con mayor autoeficacia perciben más bienestar psicológico, así el incremento de la autoeficacia por parte de este colectivo redundará en un mayor sentimiento de bienestar. Esto sugiere la importancia de profundizar en esta asociación, puesto que con ello se va a favorecer una adaptación e integración exitosa al medio.

© 2018 Universitat de Barcelona. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Self-efficacy in people with spinal cord injury: Analyzing the differences in psychological well-being dimensions

Abstract

Objective: To examine the association of self-efficacy with psychological well-being in people with spinal cord injury.

Method: In this cross-sectional study, 94 individuals older than 18 years with spinal cord injury caused by a traffic accident participated. For data collection, a sociodemographic

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: raquel.suria@ua.es (R. Suriá).

<https://doi.org/10.1016/j.anpsic.2018.04.004>

0066-5126/© 2018 Universitat de Barcelona. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

questionnaire, the Generalized Self-Efficacy Scale and the Ryff Psychological Well-Being Scale were administered.

Results: At older age and more time of the spinal cord injury, greater self-efficacy. Significant relationships between self-efficacy and psychological well-being were obtained. According to the different degrees of self-efficacy, those with high and moderate self-efficacy obtain better scores on self-acceptance, positive relationships, environment control, life purpose and personal growth than those with low self-efficacy.

Conclusions: People with spinal cord injury with greater self-efficacy perceive more psychological well-being, so that the increase in self-efficacy on the part of this group will result in a greater sense of well-being. This suggests the importance of deepening this association since it will favor a successful adaptation and integration to the environment.

© 2018 Universitat de Barcelona. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La lesión medular (LM) es una alteración de la médula espinal que provoca, en primer lugar, una pérdida de sensibilidad y/o de movilidad desde el nivel de la lesión hacia la parte inferior del cuerpo (Costa, Ávila y Herranz, 2016). Como resultado de ello este colectivo debe adaptarse a los diversos cambios propios de la situación y afrontar experiencias de pérdidas y amenazas en la salud. A ello hay que unir que la esperanza de vida en las personas afectadas de LM ha mejorado de forma importante gracias a los avances médicos y tecnológicos de los últimos años, fluctuando su incidencia en España entre 12 y 20 casos/millón (Quintana-Gonzales, Sotomayor-Espichan, Martínez-Romero y Kuroki-García, 2011).

El proceso de adaptación a la LM se ha ido desarrollando con las aportaciones de las diferentes teorías psicológicas hasta llegar a la incorporación de los estudios sobre el estrés y el afrontamiento (e.g. Henao-Lema, 2010; Ruiz, Díaz y Rodríguez, 2008; Santa, 2012). En concordancia con esto, se suele aceptar que las estrategias de afrontamiento son eficaces si contribuyen al bienestar fisiológico, psicológico y social de la persona. La eficacia de las estrategias de afrontamiento descansa en su habilidad para manejar y reducir el malestar inmediato, así como en sus efectos a largo plazo, en términos de bienestar psicológico y en el estado de salud. La bibliografía al uso muestra cómo el indicador de la eficacia del afrontamiento de la LM más utilizado ha sido el *bienestar psicológico* (Santa, 2012; Soler et al., 2007; Suriá, 2015).

En este sentido, la Organización Mundial de la Salud afirma que la salud incluye necesariamente el bienestar psicológico (BP), junto al físico y social, a la vez que define la salud mental como un estado de bienestar en el que se es consciente de las propias capacidades; se es capaz de afrontar las tensiones normales de la vida, se puede trabajar de forma productiva y fructífera y se es capaz de contribuir a la propia comunidad (OMS, 2001).

Una de las definiciones más aceptadas sobre el BP es la propuesta por Ryff (1989), que lo concibe como el desarrollo personal y el compromiso con los desafíos existenciales de

la vida, que incluye 6 dimensiones: *autoaceptación, relaciones positivas, autonomía, dominio del entorno, crecimiento personal y propósito en la vida*, conformándose este constructo más por las fortalezas y potencialidades que por las debilidades y déficits de las personas.

Este constructo ha sido asociado con variables de interés en diversos estudios. Por ejemplo, Chida y Steptoe (2008) realizaron un metaanálisis de los estudios prospectivos, examinando la asociación entre el BP y la mortalidad en poblaciones sanas y enfermas, relacionándose con estados de ánimo positivos como la alegría, la felicidad y la energía, así como con satisfacción con la vida, esperanza, optimismo, sentido del humor y menor mortalidad.

Respecto a las variables de personalidad que se han relacionado con conductas saludables, Antonovsky (1979 y 1991) han desarrollado el concepto de sentido de la coherencia (*Sense of Coherence*) en el que plantea la capacidad que tiene la persona para percibir el significado del mundo que le rodea, así como para advertir la correspondencia entre sus acciones y los efectos que estas tienen sobre su entorno. Esta orientación global tiene presentes 3 conceptos relativos a la experiencia de control que plantea (Antonovsky, 1991. p. 33):

1. Comprensibilidad: los estímulos provenientes tanto del entorno externo como interno en el curso de la vida están estructurados, son previsibles y explicables.
2. Manejabilidad: los recursos para atender las demandas que esos estímulos suponen están disponibles.
3. Significatividad: el valor que el sujeto concede a los sucesos, independientemente de la forma en la que ocurra.

Uno de los modelos que surgen desde la psicología positiva, que toma en consideración la interacción de un complejo compendio de variables para promover el BP, es el modelo salutogénico, propuesto por Antonovsky (1979). Este modelo entiende la salud como un continuo entre el *competo bienestar* (salud) y el *mayor malestar* (enfermedad). Así, según su precursor, la persona que experimenta un problema de salud va a activar unos recursos personales y de afrontamiento ante las demandas del medio que le ayuden

a superar las adversidades y promover el BP (Lindström y Eriksson, 2005).

Dentro de estos recursos personales y de afrontamiento este autor destaca el papel que desempeñan las creencias en relación con el BP, asignándole una gran relevancia a la autoeficacia (Antonovsky, 1991).

A lo largo de estos años se ha investigado el modelo salutogénico en diversos contextos de salud (Gambetta-Tessini, Ariño, Morgan y Anderson, 2016; Wiesman y Hannich, 2011), así como a diferentes condiciones y estados físicos (Costa, 2014; Winger, Adams y Mosher, 2016). En todos los casos se ha procurado potenciar estrategias para afrontar una nueva situación de vida valorada como estresante, de modo que se procurase el mayor estado de salud mental y física posible.

La autoeficacia percibida es definida como la creencia que tiene la persona sobre su propia capacidad para realizar una conducta que le permita alcanzar unos resultados determinados (Bandura, 1977). De este modo, si modificamos las creencias de eficacia personal sobre las conductas de salud, lograremos que las personas se crean capaces de iniciar el comportamiento y de mantenerlo en el tiempo (Bandura, 1999; Rath y Elliott, 2012; Schwarzer y Fuchs, 1996). Así, las creencias de autoeficacia operan como un factor clave dentro del sistema generativo de competencia humana, pues están relacionadas con la autorregulación de los procesos cognitivos, la motivación, los estados afectivos y fisiológicos y, por tanto, constituye una de las características de personalidad que más promueven el BP de los individuos, aun en condiciones adversas (Cid, 1990; Laffond y García, 2004).

En este sentido la evidencia empírica revela que este constructo es uno de los más influyentes en la psicología de la salud, ya que afecta tanto a la iniciación como al mantenimiento de las conductas saludables, concluyendo que las intervenciones dirigidas a mejorar la autoeficacia pueden mejorar los comportamientos de promoción de la salud (Cid, 1990; Laffond y García, 2004; Luszczynska y Schwarzer, 2005).

Asimismo, en población con problemas de salud, una alta autoeficacia percibida está asociada a una mayor probabilidad de iniciar cuidados preventivos, buscar tratamientos tempranos y mayor optimismo sobre la eficacia de estos (Grembowski, Patrick, Diehr, Durham, Beresford, Kay y Hecht, 1993). Además, otros autores indican consistentemente que los individuos con alta autoeficacia percibida también tienen más probabilidad de evaluar su salud como mejor, estar menos enfermos o depresivos y recuperarse mejor y más rápidamente de las enfermedades que las personas con baja autoeficacia (Grembowski et al., 1993).

Con respecto a la LM y su relación con las conductas de salud, la evidencia empírica resalta la necesidad de unos niveles óptimos de comportamientos saludables por el riesgo de complicaciones en la salud (Henao-Lema, 2010; Raya, Culleres, Viejo, Garcerán, Fernández y Sugrañes, 2010; Suriá, 2015). Por ejemplo, el 66% de las personas con LM tienen sobrepeso u obesidad (Rajan, McNeely, Warms y Goldstein, 2008). También se ha encontrado un elevado riesgo de mortalidad por enfermedades respiratorias (Henao-Lema, 2010), cardiovasculares (Krum, Howes, Brown, Ungar, Moore, McNeil y Louis, 1992) o urogenitales (Lidal, Snækkevik, Aamodt, Hjeltne, Stanghelle y Biering-Sørensen, 2007), y en general una disminución de

su participación, su autonomía y finalmente su calidad de vida (Henao-Lema, 2010; Raya et al., 2010; Suriá, 2015).

Siguiendo al modelo mencionado, que pone énfasis en las variables personales que promueven el BP, y a partir de la definición de autoeficacia y su relación con la promoción y mantenimiento de conductas de salud, la presente investigación parte de la premisa de que un mayor nivel de autoeficacia en personas con LM aumentará la capacidad de lograr un comportamiento beneficioso para su salud.

A partir de estas consideraciones se plantean 4 objetivos específicos para este estudio:

1. Examinar el perfil (alto/medio/bajo) de autoeficacia en afectados de LM.
2. Analizar si existe relación entre los perfiles de autoeficacia y las variables sociodemográficas de los participantes.
3. Estudiar la asociación de la autoeficacia con el BP y las dimensiones que lo componen.
4. Averiguar si existen diferencias significativas en el BP de los lesionados medulares en función del nivel (alto/medio/bajo) de autoeficacia.

Método

Participantes

Se trata de un diseño transversal conformado por una muestra intencional —por motivos de accesibilidad— de personas con LM de la Asociación de Paraplégicos y Personas con Gran Discapacidad Física (ASPAYM) en la Comunidad Valenciana, formada por 900 socios. La población elegible estuvo constituida inicialmente por los 142 socios mayores de 18 años con LM causada por un accidente de tráfico que acudían a alguna de las reuniones convocadas periódicamente por la asociación en Alicante. De ellos, 94 socios (la muestra final de estudio) accedieron a participar, tras asistir a las reuniones presenciales en las que la investigadora, vinculada a la asociación, les explicó el objetivo del estudio y les propuso su participación. Las características sociodemográficas de la composición de la muestra se pueden ver en la tabla 1.

Tabla 1 Perfil sociodemográfico de la muestra de estudio

Variabes	Categorías	N	%
Sexo	Varón	43	46,2
	Mujer	50	53,8
Edad	21-30	22	23,7
	31-40	30	32,3
	41-50	24	25,8
	> 50	17	18,3
Antigüedad de la lesión	< 1 año	20	21,5
	De 1 y 5 años	32	34,4
	De 6 a 10	26	28,0
	> 10 años	15	16,1
Nivel severidad neurológica	Paraplejía	51	54,3
	Tetraplejía	43	45,7
	Total	94	100,0

Instrumentos

Cuestionario sociodemográfico: se utilizó un cuestionario *ad hoc* para la recogida de los datos sociodemográficos: género, edad, tipología de la discapacidad y grado de severidad de esta.

Escala de autoeficacia generalizada adaptada al español (Baessler y Schwarzer, 1996). Consta de 10 ítems tipo Likert (1 = más bien cierto; 2 = apenas cierto; 3 = incorrecto) que evalúan el sentimiento estable de competencia personal para manejar de forma eficaz una gran variedad de situaciones estresantes. Las puntuaciones pueden variar entre 10 y 30 puntos.

Respecto a las propiedades psicométricas se han obtenido en diferentes culturas, tanto en población adolescente como en población adulta, coeficientes alfa de Cronbach adecuados (Jerusalem y Schwarzer, 1992; Schwarzer, 1993; Suárez, García y Moreno, 2000). En cuanto a su validez se han encontrado relaciones positivas con emociones favorables, optimismo y relaciones negativas con ansiedad, depresión y síntomas físicos. En el presente trabajo se ha examinado la estructura factorial de la escala a través del análisis factorial exploratorio. Previo a ello, el análisis de la muestra Kaiser-Meyer-Olkin arrojó un resultado de 0,73. Asimismo, la prueba de esfericidad de Bartlett indicó que la matriz de puntuaciones cumplía el supuesto de identidad ($p < 0,001$). El análisis de fiabilidad posterior indicó una consistencia interna satisfactoria, ($\alpha \equiv 0,81$).

Escala de bienestar psicológico de Ryff (1989), adaptada al español por Díaz et al. (2006). Es una medida de un dominio multifacético que envuelve una visión positiva de sí mismo, control del entorno, calidad de las relaciones con otros, un continuo crecimiento y desarrollo, una vida con significado y la capacidad de autodeterminación (Ryff, 1989). Está compuesta por 29 ítems, abordando 6 dimensiones o atributos positivos del bienestar psicológico: autoaceptación: 1, 7, 19 y 31; relaciones positivas con los otros: 2, 8, 14, 26 y 32; autonomía: 3, 4, 9, 15, 21 y 27; dominio del entorno: 5, 11, 16, 22 y 39; propósito en la vida: 6, 12, 17, 18 y 23; escala de crecimiento personal: 24, 36, 37 y 38.

El instrumento posee una escala de respuesta tipo Likert que va del 1 al 6 (1 = fuertemente en desacuerdo; 6 = fuertemente de acuerdo). Las puntuaciones más altas son indicadores de mayor bienestar subjetivo, encontrándose el rango de puntuación de la escala total entre 29 y 174 puntos.

Se ha seleccionado este instrumento por ser breve (requiere aproximadamente 15 min su cumplimentación), específico (mide varias dimensiones del bienestar subjetivo) y validado para población española (muestra adecuadas propiedades psicométricas). Así, Díaz et al. (2006) indican que la versión española posee un índice de fiabilidad adecuado en la escala de $\alpha = 0,75$. Asimismo, muestra una varianza explicada del 87%.

Con respecto a las propiedades psicométricas de la escala en el presente trabajo se ha observado a través del índice de Cronbach una consistencia interna elevada ($\alpha = 0,89$). Asimismo, el análisis factorial ha indicado una variabilidad explicada del 65,21%.

Procedimiento

Tras asistir a las reuniones presenciales la investigadora, vinculada a la asociación, explicó a los socios asistentes el objetivo del estudio y les propuso su participación. Los cuestionarios utilizados para recabar la información se administraron presencialmente en las mismas reuniones de manera individual, una vez que los participantes otorgaron su consentimiento por escrito. La aplicación del cuestionario se adaptó a las condiciones de cada participante. El tiempo estimado de aplicación fue aproximadamente de 25 minutos. La recogida de datos se llevó a cabo entre enero y diciembre de 2016.

Análisis estadísticos

Para establecer los rangos de autoeficacia entre los participantes se siguió el criterio de San Martín y Pardo (1989), concretar 3 niveles, separándolos en 3 terciles. Los valores mayores de 20 indicarían una elevada autoeficacia; entre 11-20 autoeficacia moderada y valores menores de 10 escasa autoeficacia.

Para examinar la frecuencia de perfiles de autoeficacia en función del sexo, la edad y el nivel de gravedad neurológica se utilizó la prueba Chi cuadrado (χ^2).

Se recurrió al ANOVA de un factor para analizar la posible existencia de diferencias significativas en cada una de las 6 dimensiones del BP, en función del nivel de autoeficacia (alta/media/baja) manifestada por los participantes. Puesto que el factor está integrado por más de 2 niveles o grupos se utilizó como prueba de comparaciones múltiples *post-hoc* la prueba de Scheffé. Los ANOVA fueron acompañados de sus correspondientes tamaños del efecto (índice *d*; diferencia media tipificada; Cohen, 1988) para calcular la magnitud de las diferencias observadas. Finalmente, se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson para examinar la relación entre autoeficacia y los factores de BP. Los datos se analizaron por medio del paquete estadístico SPSS versión 19.0.

Resultados

Identificación de perfiles de autoeficacia

Se conformaron 3 grupos de autoeficacia, un grupo formado por 29 (31,18%) participantes con alta eficacia (grupo 1), un grupo con autoeficacia media (grupo 2) formado por 31 participantes (33,33%) y un tercer grupo con baja autoeficacia (grupo 3), conformado por 33 (35,48%).

Perfiles de autoeficacia en función de variables sociodemográficas

Al examinar si existe relación entre los 3 perfiles obtenidos en función de las variables sociodemográficas se observaron diferencias estadísticamente significativas en la edad $-\chi^2_{(6)} = 33,08$, $p < 0,001$ — y en la antigüedad de la LM $-\chi^2_{(6)} = 39,74$, $p < 0,001$ —, observándose un porcentaje más elevado en el perfil de alta autoeficacia (tabla 2).

Tabla 2 Frecuencias y porcentajes de los perfiles de autoeficacia en función de la edad, sexo, antigüedad de la lesión y nivel de gravedad neurológica

		Autoeficacia alta		Autoeficacia media		Autoeficacia baja		Total		Sig estadística	χ^2
		N	%	N	%	N	%	N	%		
Edad	Menos de 25	13	59,1	3	13,6	6	27,3	22	100,0	33,08**	
	Entre 26 y 35	4	13,3	16	53,3	10	33,3	30	100,0		
	Entre 36 y 45	2	8,3	6	25,0	16	66,7	24	100,0		
	Más de 45	10	58,8	5	29,4	2	11,8	17	100,0		
		29	31,2	30	32,3	34	36,6	93	100,0		
Sexo	Mujer	12	27,9	14	32,6	17	39,5	43	100,0	0,799	
	Varón	17	34,0	16	32,0	17	34,0	50	100,0		
		29	31,2	30	32,3	34	36,6	93	100,0		
Antigüedad de la lesión	< 1 año	13	65,0	1	5,0	6	30,0	20	100,0	39,74**	
	De 1 y 5 años	4	12,5	18	56,3	10	31,3	32	100,0		
	De 6 a 10	2	7,7	8	30,8	16	61,5	26	100,0		
	> 10 años	10	66,7	3	20,0	2	13,3	15	100,0		
		29	31,2	30	32,3	34	36,6	93	100,0		
Nivel severidad neurológica	Tetraplejía	11	22,0	19	38,0	20	40,0	50	100,0	4,38	
	Paraplejía	18	41,9	11	25,6	14	32,6	43	100,0		
Total		29	31,2	30	32,3	34	36,6	93	100,0		

Relación entre la autoeficacia y bienestar psicológico

Los índices de correlación indicaron relaciones significativas entre autoeficacia y todos los factores de BP (tabla 3).

Diferencias intergrupo de los perfiles de autoeficacia en bienestar psicológico

Los análisis indicaron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones medias de los 3 grupos en la escala global $-F_{(3,90)} = 4,81$, $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,27$ —, encontrándose, tras analizar las pruebas intergrupos, que el grupo 1 mostró medias superiores al compararlo con el grupo 3 ($d = 0,68$) y el grupo 2 con el grupo 3 ($d = 0,26$) (tabla 4).

Al examinar los ANOVAS de los factores todos fueron significativos, así las pruebas *post hoc* indicaron que, en el factor 1, *autoaceptación*, se observaron diferencias significativas entre los grupos 1 y 2 al compararlos con el grupo 3 $-F_{(3,90)} = 8,32$, $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,21$ — siendo el tamaño del efecto elevado entre el grupo 1 y el grupo 3 ($d = 0,74$) y moderado entre la comparación del grupo 2 con el grupo 3 ($d = 0,69$).

En lo relativo al factor 2, *relaciones positivas*, se alcanzaron diferencias estadísticamente significativas entre los 3 grupos $-F_{(3,90)} = 10,19$, $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,20$ —, indicando las puntuaciones medias la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre el grupo 1 y el grupo 2 ($d = 0,34$) y entre el grupo 1 y el grupo 3 ($d = 0,84$). Asimismo, se observaron diferencias estadísticamente significativas entre el grupo 2 y el grupo 3 ($d = 0,59$).

Con respecto al factor 4, *dominio del entorno*, los resultados muestran diferencias estadísticamente significativas $-F_{(3,90)} = 8,01$, $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,19$ —, mostrándose que el

grupo 1 difiere del grupo 3 ($d = 0,68$) y el grupo 2 del grupo 3 ($d = 0,46$).

Igualmente, en el factor 5, *propósito de la vida*, el grupo 1 difiere del grupo 3 ($d = 0,46$) y el grupo 2 del grupo 3 ($d = 0,41$) $-F_{(3,90)} = 5,51$, $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,18$ —.

Finalmente, se encontraron diferencias estadísticamente significativas con respecto al factor 6, *crecimiento personal* $-F_{(3,90)} = 5,28$, $p < 0,001$, $\eta^2 = 0,18$ —, obteniendo diferencias entre el grupo 1 y el grupo 2 ($d = 0,39$) y entre el grupo 1 y el grupo 3 ($d = 0,76$), así como entre el grupo 2 y el grupo 3 ($d = 0,42$).

Discusión

Este trabajo ha contado con varios objetivos, a fin de estudiar la influencia de la autoeficacia sobre el bienestar percibido en personas con lesión medular partiendo del modelo el modelo salutogénico desarrollado por Antonovsky (1979).

Los resultados del primer objetivo reflejaron que el perfil más frecuente fue el de media y baja autoeficacia, lo que implica que la mayoría de los participantes en el estudio consideran que poseen estrategias eficaces para su manejo de las situaciones derivadas de su LM.

Con respecto al segundo objetivo, se observó que los perfiles de autoeficacia se ven influidos por la edad, mostrándose que el perfil de alta autoeficacia se encuentra más representado por los participantes de más edad y con más antigüedad de la lesión. Esto sugiere que la autoeficacia no es estática y puede modificarse con el tiempo.

En relación con el tercer objetivo, al examinar la relación entre autoeficacia y BP, se obtuvo que la autoeficacia se relaciona significativamente en la escala total y en las dimensiones que integran el constructo de BP. Esta idea queda reforzada al examinar el tamaño del efecto, el cual indica que en la mayoría de factores de BP (por ejemplo

Tabla 3 Correlaciones entre las dimensiones de BP y autoeficacia

	Autoaceptación	Relaciones positivas	Autonomía	Dominio del entorno	Propósito en la vida	Crecimiento personal
Autoeficacia	,168*	0,488**	0,188*	0,402**	0,361**	0,340**

* $p < 0,05$.** $p < 0,001$.**Tabla 4** Medias, desviaciones típicas y significación estadística de las diferencias entre los participantes con niveles bajo, medio y alto de autoeficacia respecto al BP

Factores		Grupo 1 Autoeficacia alta		Grupo 2 Autoeficacia media		Grupo 3 Autoeficacia baja		Sig. estadística	
		M	DT	M	DT	M	DT	$F_{(3,90)}$	η^2
Factor 1	Autoaceptación	3,55	2,21	3,28	2,05	1,76	0,59	8,50**	0,20
Factor 2	Relaciones positivas	3,83	2,13	3,31	2,01	1,81	0,84	10,19**	0,20
Factor 3	Autonomía	2,52	1,03	2,50	1,25	2,02	1,11	2,62*	0,04
Factor 4	Dominio del entorno	3,73	1,17	2,81	1,55	1,82	0,69	8,01**	0,19
Factor 5	Propósito en la vida	3,72	1,60	3,50	2,13	2,91	1,03	5,51**	0,18
Factor 6	Crecimiento personal	3,63	1,65	2,63	2,06	1,98	0,78	5,28**	0,16
Total	Escala total	3,41	1,56	3,26	1,87	2,19	0,82	4,81**	0,27

* $p \leq 0,05$;** $p \leq 0,001$.

relaciones positivas, crecimiento personal o propósito en la vida), la magnitud de estas diferencias es elevada en el grupo de autoeficacia alta (grupo 1) con respecto a los grupos de autoeficacia media y baja (grupo 2 y grupo 3).

Así, por ejemplo, al atender al factor 1 *autoaceptación* se mostró que el grupo con alta autoeficacia destacó con puntuaciones medias superiores al resto de grupos. Por tanto, es posible que una autoeficacia alta contribuya a tener una mejor visión sobre uno mismo (Rajan et al., 2008).

En cuanto a la relación entre autoeficacia y el factor 2, *crecimiento personal*, se observó una relación positiva. Estos resultados están en línea con Bandura, quien enfatiza la importancia de mantener las expectativas de autoeficacia por encima de nuestra competencia efectiva, pues resulta beneficioso para el crecimiento personal y la realización personal (Bandura, 1999).

Estos mismos resultados guardan relación con los obtenidos en el análisis de autoeficacia y el factor 3, *propósito en la vida*. En este sentido, la teoría del aprendizaje social-cognitivo de Bandura centra el impulso motivacional hacia las metas o propósitos personales en el concepto de autoeficacia (Bandura, 1999). Por tanto, los resultados de este estudio confirman de nuevo el significativo rol que la competencia percibida desempeña en el desarrollo y el crecimiento psicológico de los afectados de LM.

Asimismo, la autoeficacia se vincula con las *relaciones positivas* con los demás. En relación con esto, estudios previos asocian el BP con las relaciones interpersonales positivas (Gross y John, 2003; Ryff, 2013) y con el contacto, participación y funcionamiento social (Burgos y Urquijo, 2012; Diener, 2000), aspectos que guardan estrecha relación con la autoeficacia.

Con respecto a la relación entre autoeficacia y *autonomía* diferentes investigaciones reflejan la competencia percibida por la persona con mayor nivel de individualidad, competencia y capacidad para participar en la toma de decisiones sobre sus comportamientos de salud. Sin embargo, en los resultados del presente estudio, aunque ponen de manifiesto la relación, reflejan una asociación más débil. Probablemente, esto se deba a las características de la población de estudio. Así, las personas con LM que tengan asimiladas las limitaciones derivadas de su discapacidad y falta de autonomía, no se verán afectadas en su nivel de bienestar general.

A pesar de que la relación de la autoeficacia con esta dimensión parece menos marcada que con las 5 restantes, es notable su relevancia conceptual y la novedad de los resultados obtenidos. Por tanto, los datos sugieren que, al igual que ocurre en otros grupos etarios y en diferentes contextos (Henao-Lema, 2010; Raya et al., 2010; Suriá, 2016), las personas con LM con mayor autoeficacia perciben más BP, de manera que el incremento de la autoeficacia por parte de este colectivo redundará en un mayor sentimiento de BP. Esto sugiere la importancia de seguir profundizando en esta asociación, puesto que con ello se va a favorecer una adaptación e integración exitosa al medio.

Finalmente, se deben mencionar algunas limitaciones de este trabajo. La principal dificultad reside en la metodología, pues cabe destacar que el número de participantes es muy reducido. Asimismo, la selección de los participantes ha sido intencional, lo que en sentido estricto impide hablar de «muestra». Por otra parte, los participantes del estudio se ofrecieron voluntariamente para cumplir los cuestionarios, por lo que estos podrían tener

diferentes motivaciones para participar. No obstante, a pesar de la complejidad de salvar esta limitación, por la dificultad de acceder a una muestra más elevada, los resultados resultan interesantes, pues sugieren que la autoeficacia está relacionada con el BP en las personas con LM, y con ello, a que puede funcionar como un ingrediente para mejorar comportamientos beneficiosos para la salud. De esta forma, este estudio podría resultar relevante para el diseño y aplicación de programas dirigidos a incrementar el BP de los afectados de LM.

Bibliografía

- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping: New perspectives on mental and physical well-being*. San Francisco, USA: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1991). Personality and health: Testing the sense of coherence model. *Social Science and Medicine*, 32, 1047–1051.
- Baessler, J. y Schwarzer, R. (1996). Evaluación de la autoeficacia: Adaptación española de la escala de autoeficacia general. *Ansiedad y estrés*, 2, 1–8.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191–215.
- Bandura, A. (1999). Ejercicio de la eficacia personal y colectiva en sociedades cambiantes. En A. Bandura (Ed.), *Autoeficacia: Cómo afrontamos los cambios de la sociedad actual* (pp. 19–54). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Burgos, A. V. y Urquijo, P. M. A. (2012). Niveles de autoconcepto, autoeficacia académica y bienestar psicológico en estudiantes universitarios de la ciudad de Temuco. *Salud & Sociedad*, 3, 131–150.
- Chida, Y. y Steptoe, A. (2008). Positive psychological well-being and mortality: A quantitative review of prospective observational studies. *Psychosomatic Medicine*, 70, 741–756. <http://dx.doi.org/10.1097/PSY.0b013e31818105ba>
- Cid, F. V. (1990). Auto-eficacia y conductas relacionadas con la salud. *Revista de Psicología de la Salud*, 2, 45–64.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York: Academic Press.
- Costa, C. (2014). Suffering and salutogenesis. *Health Promotion International*, 30, 222–227. <http://dx.doi.org/10.1093/heapro/dau061>
- Costa, G. A. B., Ávila, J. L. R. y Herranz, J. B. (2016). Lesión medular y ejercicio físico: revisión desde una perspectiva deportiva. *Revista Española de Discapacidad (REDIS)*, 4, 163–185.
- Díaz, D., Rodríguez-Carvajal, R. R., Blanco, A., Moreno-Jiménez, B. M., Gallardo, I. y ... Van Dierendonck, D. (2006). Adaptación española de las escalas de bienestar psicológico de Ryff. *Psicothema*, 18, 572–577.
- Diener, E. (2000). Subjective well-being: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55, 34–43. <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.34>
- Gambetta-Tessini, K., Mariño, R., Morgan, M. y Anderson, V. (2016). Coping strategies and the salutogenic model in future oral health professionals. *BMC Medical Education*, 16, 224–232. <http://dx.doi.org/10.1186/s12909-016-0740-z>
- Grembowski, D., Patrick, D., Diehr, P., Durham, M., Beresford, S., Kay, E. y Hecht, J. (1993). Self-efficacy and health behavior among older adults. *Journal of Health and Social Behavior*, 34, 89–104.
- Gross, J. J. y John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology*, 85, 348. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348>
- Henao-Lema, C. P. (2010). Lesiones medulares y discapacidad: revisión bibliográfica/Spinal cord injuries and disabilities: A review. *Aquichan*, 10, 157–172.
- Jerusalem, M. y Schwarzer, R. (1992). Self-efficacy as a resource factor in stress appraisal processes. En R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action* (pp. 195–213). Washinton, DC: Hemisphere.
- Laffond, M. B. R. y García, A. M. P. (2004). Personalidad y percepción de autoeficacia: influencia sobre el bienestar y el afrontamiento de los problemas de salud. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 9, 205–219.
- Lidal, I. B., Snekkvik, H., Aamodt, G., Hjeltne, N., Stanghelle, J. K. y Biering-Sørensen, F. (2007). Mortality after spinal cord injury in Norway. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 39, 145–151. <http://dx.doi.org/10.2340/16501977-0017>
- Lindström, B. y Eriksson, M. (2005). Salutogenesis. *Journal of Epidemiology Community Health*, 59, 440–442. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2005.034777>
- Luszczynska, A. y Schwarzer, R. (2005). The role of self-efficacy in health self-regulation. *The adaptive self: Personal continuity and intentional self-development*, 15, 137–152. <http://dx.doi.org/10.1080/08870440008405583>
- Krum, H., Howes, L. G., Brown, D. J., Ungar, G., Moore, P., McNeil, J. J. y Louis, W. J. (1992). Risk factors for cardiovascular disease in chronic spinal cord injury patients. *Spinal Cord*, 30, 381–388. <http://dx.doi.org/10.1038/sc.1992.87>
- OMS. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Short version*. Ginebra: OMS.
- Quintana-Gonzales, A., Sotomayor-Espichan, R., Martínez-Romero, M. y Kuroki-García, C. (2011). Lesiones medulares no traumáticas: etiología, demografía y clínica. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 28, 633–638.
- Rajan, S., McNeely, M. J., Warms, C. y Goldstein, B. (2008). Clinical assessment and management of obesity in individuals with spinal cord injury: A review. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 31, 361–372.
- Raya, J. S., Culleres, G. R., Viejo, M. G., Garcerán, L. R., Fernández, L. G. y Sugrañes, J. C. (2010). Evaluación de la calidad de vida en pacientes con lesión medular comparando diferentes métodos de vaciado vesical. *Actas Urológicas Españolas*, 34, 537–542.
- Rath, J. F. y Elliott, T. R. (2012). Psychological models in rehabilitation psychology. En P. Kennedy (Ed.), *The Oxford handbook of rehabilitation psychology* (pp. 32–46). Oxford: Oxford University Press. <http://dx.doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199733989.013.000>
- Ruiz, M. B. R., Díaz, A. L. A. y Rodríguez, M. Á. A. (2008). Estrés, afrontamiento y variables psicológicas intervinientes en el proceso de adaptación a la lesión medular (LM): una revisión de la bibliografía. *Psychosocial Intervention/Intervención Psicosocial*, 17, 109–124.
- Ryff, C. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 1069–1081.
- Ryff, C. D. (2013). Psychological well-being revisited: Advances in the science and practice of eudaimonia. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83, 10–28. <http://dx.doi.org/10.1159/000353263>
- San Martín, R. y Pardo, A. (1989). *Psicoestadística: contrastes paramétricos y no paramétricos*. Madrid: Pirámide.
- Santa, P. A. B. (2012). Discapacidad y estilos de afrontamiento: una revisión teórica. *Revista Vanguardia Psicológica Clínica Teórica y Práctica*, 3, 196–214.
- Schwarzer, R. y Fuchs, R. (1996). Predicting health behavior: Research and practice with social cognition models. En V. Morrison y P. Bennet (Eds.), *Introduction to Health Psychology* (pp. 163–196). New York, USA: Pearson.

- Schwarzer, R. (1993). *Measurement of perceived self-efficacy. Psychometric scales for cross-cultural research*. Berlin: Freie Universit.
- Soler, M. D., Saurí-Ruiz, J., Curcoll-Gallemí, M. L., Benito-Penalva, J., Opisso-Salleras, E., Chamarro-Lusar, A. y Vidal-Samsó, J. (2007). Características del dolor neuropático crónico y su relación con el bienestar psicológico en pacientes con lesión medular. *Rev Neurol*, 44, 3–9.
- Suárez, P. S., García, A. M. P. y Moreno, J. B. (2000). Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema*, 12(Suplemento), 509–513.
- Suriá, R. (2016). Bienestar subjetivo, resiliencia y discapacidad. *Acciones e Investigaciones Sociales*, 36, 113–140.
- Suriá, R. (2015). Factores asociados al empoderamiento en personas con lesión medular tras un accidente de tráfico. *Gaceta Sanitaria*, 29, 49–54.
- Wiesmann, U. y Hannich, H. (2011). Salutogenic perspectives on health maintenance: The role of resistance resources and meaningfulness. *GeroPsych*, 24, 127–135. <http://dx.doi.org/10.1024/1662-9647/a000040>
- Winger, J. G., Adams, R. N. y Mosher, C. E. (2016). Relations of meaning in life and sense of coherence to distress in cancer patients: A meta-analysis. *Psycho-Oncology*, 25, 2–10. <http://dx.doi.org/10.1002/pon.3798>