

¿Existe asociación entre el locus de control y los niveles de ansiedad y depresión? Estudio descriptivo en la población adulta de Barcelona

Raya Sánchez, Andrea

Albás Álvarez, Loreto

Arroyo Uriarte, Paula

Olmos Palenzuela, María del Carmen

Gallardo González, María del Carmen

Introducción

A lo largo de la historia, los términos “cuidado” y “cuidar” han sido extensamente descritos. No se puede obviar que, el cuidado, ha sido y es un elemento nuclear y trascendente del metaparadigma de la Enfermería, siendo transversal a cualquier Modelo o Teoría. Dorothea Elizabeth Orem, en su Teoría del Autocuidado, que será desarrollada posteriormente, definió la función de Enfermería como “el acto de ayudar a otros en la provisión y gestión del autocuidado para mantener o mejorar el funcionamiento humano”(1, 2).

Esta teoría se centra en la capacidad de cada individuo para realizar el autocuidado. Está basada en un modelo de suplencia y ayuda, ya que, según esta, el rol de Enfermería consiste en suplir o ayudar a realizar las acciones que la persona no puede llevar a cabo o las lleva a cabo con dificultades, en un momento concreto de su vida, fomentando el autocuidado(1). Está compuesta por tres teorías interrelacionadas(3):

- La teoría del autocuidado. Esta teoría define el autocuidado como una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Sería una conducta que existe en determinadas circunstancias de la vida, dirigida por las personas hacia sí mismas (o hacia el entorno), para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar. Dentro del marco teórico, también se incluye el concepto agencia de Enfermería, siendo esta un atributo de las enfermeras que las capacita para conocer y ayudar a otras personas a averiguar y/o descubrir sus demandas de autocuidado terapéutico y regular el ejercicio o desarrollo de la agencia de autocuidados (compleja capacidad desarrollada que permite distinguir qué factores deben ser gestionados y tratados y, de esta manera, llevar a cabo actividades de cuidado).
- La teoría del déficit de autocuidado. El déficit de autocuidado hace referencia a las limitaciones que puedan tener las personas a causa de su salud o relacionadas con ella, que les dificulten o impidan poder alcanzar el autocuidado.
- La teoría de los sistemas de Enfermería. Esta teoría describe el componente organizativo esencial, porque establece la forma de la Enfermería y la relación entre persona-enfermera.

El locus de control (LOC) se define como el grado en que los individuos están convencidos de poder controlar su entorno y su futuro. Juega un papel importante en la modificación de estilos de vida, ya que, si una persona siente que su conducta tiene un impacto e influencia en su salud, con mayor probabilidad llevará a cabo conductas generadoras de salud(4).

Existen distintos subtipos:

- LOC externo: creencia de que el azar es quien controla la vida de las personas.
- LOC interno: creencia de que el resultado de los eventos en la vida depende de las acciones de uno mismo.

El hecho de percibir que una determinada conducta o consecuencia de la misma no supone un problema, implica una barrera a la hora de decidir cambiarla. Además, dificulta el hecho de solicitar acompañamiento para modificarla, ya sea por parte de personas del entorno o a nivel profesional. Por lo tanto, el hecho de tener poca conciencia del problema está relacionado con no percibir las consecuencias indeseadas y/o negativas(5).

La presencia del LOC interno va a conllevar que la persona perciba que sus conductas tienen un impacto en su salud, siendo más probable tras esta asociación, que se produzcan conductas generadoras de salud, por lo tanto, que la persona alcance la agencia de autocuidado.

Un LOC interno elevado y un LOC externo reducido se asocian con un mejor nivel de salud mental y menor estrés situacional, depresión o ansiedad. Un LOC interno más elevado se correlaciona con: mayor equilibrio afectivo, menor sufrimiento psicológico, asunción de responsabilidades y estrategias de afrontamiento adaptativas (centradas en el problema), mejor rendimiento académico, desempeño favorable de tareas, mayor motivación laboral, etc.(4). En contraposición, una mayor predominancia de LOC externo implica adoptar estrategias de afrontamiento desadaptativas (centradas en la evitación y en la emoción), rendimiento escolar deficiente, indefensión aprendida, manejo ineficaz del estrés y menor autoestima, autoeficacia(6), autocompetencia y síntomas de depresión, ansiedad y estrés(7). Por lo tanto, se puede establecer que la severidad de los síntomas ansiosos y depresivos muestra una correlación moderada o intensa e inversamente proporcional al LOC interno, siendo este un predictor de menor severidad de dicha sintomatología. Asimismo, una mayor severidad de síntomas depresivos predice un mayor LOC externo, empeorando la sintomatología(7). En términos generales, el LOC interno es un factor protector de la salud mental, mientras que el LOC externo tiene un impacto negativo(8). El estudio de Hovenkamp-Hermelink JHM et al certifica estos hallazgos, concluyendo que el LOC interno se asocia con menor severidad de síntomas ansioso-depresivos(9).

En cuanto a los trastornos mentales, los trastornos de ansiedad son los más prevalentes seguidos de los trastornos del estado del ánimo(10).

La salud depende de varios factores, como el medio ambiente, la genética, la red social, el nivel socioeconómico y educativo y el estilo de vida. Según Lalonde et al, el determinante que mayor impacto tiene en la salud es el estilo de vida, considerado un determinante modificable, ya que a través de la voluntad de la persona, y quizá con acompañamiento, trabajando la motivación y educación para la salud por parte de profesionales, pueden modificarse hábitos de vida, promoviendo así la salud y previniendo condiciones y/o estados de enfermedad(11).

Actualmente y en esta misma línea, en España se está llevando a cabo un proyecto multicéntrico que tiene como objetivo analizar si las aptitudes personales relacionadas con las conductas están asociadas con la incidencia de morbilidad y/o mortalidad (no se especifica el nombre siguiendo indicaciones del Comité Científico). Como resultado de ello, nace el presente proyecto de investigación, como un subestudio derivado del anteriormente mencionado, con el objetivo general de analizar la asociación entre el LOC y síntomas de depresión y ansiedad en la población de 35 a 74 años, concretamente de la provincia de estudio (no especificada siguiendo las indicaciones). En la comunidad autónoma de estudio, el sistema de salud garantiza una atención integral a la misma a través de la Atención Primaria (AP), que es la piedra angular y puerta de entrada a este sistema. La AP es pieza clave en la detección precoz y la atención a los problemas de salud, también de aquellos relacionados con la salud mental y/o adicciones con una gravedad leve o leve-moderada. Para garantizar la atención a la Salud Mental y Adicciones, un equipo de profesionales especialistas en Salud Mental da soporte a los Equipos de Atención Primaria (EAP) y se integran en los Centros de Atención Primaria (CAP) para llevar a cabo acciones de promoción de la salud, de prevención, tratamiento, rehabilitación y de inserción social y laboral, ya que los trastornos mentales tienen un impacto considerable en la calidad de vida de la persona.

Objetivos

Analizar la asociación entre el locus de control y los síntomas de depresión y ansiedad de la población entre 35 y 74 años de la provincia de estudio.

- Describir las características sociodemográficas de la muestra.
- Determinar, según el sexo, la distribución del locus de control y los síntomas de depresión y ansiedad en la población entre 35 y 74 años de la provincia de estudio.
- Comparar los síntomas de depresión y ansiedad según el tipo de locus de control identificado.

Metodología

Diseño metodológico descriptivo de corte transversal derivado del estudio multicéntrico (no especificado siguiendo la normativa).

El estudio se realizó en el marco de la AP a través de cuatro CAP pertenecientes al área de estudio.

La recogida de datos tuvo comienzo en junio de 2021 y finalizó el julio de 2022.

Este estudio está formado por personas adultas que participaron en la Cohorte, de la demarcación de estudio(12), por tanto, se asumieron los criterios de inclusión y exclusión de la misma.

Los criterios de inclusión fueron: personas entre 35 y 74 años pertenecientes a los cuatro CAP (que no se mencionan siguiendo la normativa), que proporcionaron su consentimiento informado para la participación en el estudio multicéntrico(12).

Los criterios de exclusión fueron: sufrir una enfermedad en fase terminal, institucionalización,

discapacidad intelectual, demencia o dificultades idiomáticas y/o previsión de cambio de residencia en un periodo inferior a 5 años.

El cálculo del tamaño muestral se hizo en base a la totalidad de la cohorte y luego se dividió entre 9 grupos (provincias), siendo uno de ellos el grupo de la demarcación de estudio.

El reclutamiento se realizó mediante un muestreo probabilístico aleatorio a través de la aleatorización de los sistemas de información de los centros de salud, en base a los criterios de inclusión y exclusión. El cálculo de los porcentajes para las franjas de edad y género se hizo en base a la población general.

Las variables sociodemográficas fueron:

- Sexo al nacer (biológico): variable cualitativa nominal (hombre/mujer).
- Edad: variable cuantitativa (a partir de la fecha de nacimiento).
- Estado civil: variable cualitativa nominal (casado/a o con pareja de hecho y viviendo con el cónyuge o pareja; casado/a o con pareja de hecho y viviendo separado del cónyuge o pareja; soltero/a; divorciado/a, viudo/a).
- Nivel de estudios: variable cualitativa ordinal (no sabe ni leer ni escribir; sin estudios, pero sabe leer y escribir; educación primaria; educación secundaria (Educación Secundaria Obligatoria (ESO), Formación Profesional (FP), Grado Medio (GM), Grado Superior (GS), Bachillerato Unificado Polivalente (BUP), Curso de Orientación Universitaria (COU), Bachillerato), educación universitaria o superior).
- Estado laboral actual: variable cualitativa nominal (trabaja; trabaja pero tiene una baja laboral de más de 3 meses; trabajo del hogar (en casa); incapacitado/a o con invalidez permanente; parado/a sin subsidio o prestación; parado/a con subsidio o prestación; jubilado/a de forma anticipada; jubilado/a por razón de edad, otro).
- Facilidad para llegar a fin de mes: variable cualitativa ordinal (con mucha dificultad; con dificultad; con cierta dificultad; con cierta facilidad; con facilidad; con mucha facilidad, no contesta).

Las variables principales:

- Locus de control: evaluado a través de la afirmación “Siento que lo que sucede en mi vida a menudo está determinado por factores más allá de mi control”, a la que se responde con una escala tipo Likert desde la opción “completamente de acuerdo” hasta la opción “completamente en desacuerdo”. Para simplificar el análisis, la variable LOC se ha dicotomizado en interno y externo, siguiendo la categorización encontrada en la bibliografía(13), considerándose LOC interno las respuestas “completamente en desacuerdo”, “en desacuerdo” y “algo en desacuerdo” y LOC externo, “completamente de acuerdo”, “de acuerdo” y “algo de acuerdo”.
- Trastorno de Ansiedad Generalizada / síntomas ansiosos: Se midió mediante el instrumento de valoración de ansiedad “Generalized anxiety disorder” (GAD-7)(14). Este cuestionario consta de 7 ítems puntuables entre 0 y 3, en el que se evalúa la frecuencia de distintos síntomas o sensaciones durante las últimas dos semanas. Los puntos de corte son los siguientes: 0 a 4, no se aprecia ansiedad; 5 a 9, se aprecian síntomas de ansiedad leves; 10 a 14, se aprecian síntomas de ansiedad moderados (a partir de 10 puntos se recomienda la consulta a un profesional de salud mental); 15 a 21, se aprecian síntomas de ansiedad severos. La autoría original pertenece a Spitzer RL et al y la escala se encuentra validada en castellano por García-Campayo J et al en el artículo: Cultural adaptation into Spanish of the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool,

cuya fiabilidad es del 0'93.

- Criterios diagnósticos de depresión mayor / síntomas depresivos: Evaluada a través de Depression Test Questionnaire (PHQ-9)(15). Consta de 9 ítems que evalúan la presencia de síntomas depresivos basados en los criterios del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales 4ª edición (DSM-IV, por sus siglas en inglés) para el episodio depresivo mayor. Hace referencia a los síntomas experimentados en las dos semanas previas. Las puntuaciones de PHQ-9 se califican con una escala tipo Likert que va de 0 (nunca), a 1 (varios días), 2 (más de la mitad de los días) y 3 (casi todos los días), por lo que la puntuación total oscila de 0 a 27 puntos. La gravedad de los síntomas se organiza en 4 categorías según los puntos: 0-4 (no se aprecian síntomas de depresión), 5-9 (síntomas leves), 10-14 (síntomas moderados), 15-19 (síntomas moderados a graves), 20-27 (síntomas graves). La autoría original pertenece a Kroenke K et al y la escala se encuentra validada en castellano por Diez-Quevedo C et al en el artículo: Validation and utility of the patient health questionnaire in diagnosing mental disorders in 1003 general hospital Spanish inpatients.

Es importante destacar que los dos últimos instrumentos de valoración de las variables principales (GAD-7 y PHQ-9) no son concluyentes para realizar un diagnóstico de cualquiera de las dos entidades, son orientativos y proporcionan información en cuanto a la presencia y gravedad de sintomatología ansioso-depresiva. Para concluir el diagnóstico, es necesario realizar una evaluación psicopatológica más exhaustiva a través de profesionales sanitarios especializados en salud mental.

Los participantes fueron reclutados por vía telefónica, habiendo recibido en las semanas previas una carta informativa y unos cuestionarios autoadministrados en el domicilio, por correo postal. Las personas que accedieron a participar fueron citadas presencialmente en su CAP, donde firmaron el consentimiento informado si aceptaban participar en el estudio, entregaron los cuestionarios recibidos y llevaron a cabo una entrevista con una profesional de salud para la recogida de datos del resto de variables. Los datos recogidos se introdujeron en la base de datos Research Electronic Data Capture (REDCap), a la que exclusivamente tuvieron acceso las personas relacionadas con el estudio multicéntrico. Para los datos de cada participante, se generó un código identificador (ID) de 6 dígitos, de manera que se anonimizó la información(12).

En una primera fase, se llevó a cabo una estadística descriptiva de todas las variables. En una segunda fase, se llevó a cabo un análisis de las variables de estudio para identificar posibles diferencias estadísticamente significativas.

En el caso del LOC y ansiedad, se optó por el test estadístico Chi-cuadrado, ya que se trata de un contraste de hipótesis de dos variables categóricas y se cumplen los requisitos que indican la realización de esta prueba.

En el caso del LOC y depresión, no se cumplieron los criterios de aplicabilidad para Chi-cuadrado, por lo que se optó por la prueba exacta de Fisher.

Las variables principales de estudio fueron tratadas inicialmente como cualitativas, ya que el LOC se subdivide en interno y externo (según lo encontrado en la literatura) y porque ambos instrumentos de valoración de la ansiedad y depresión categorizan los resultados en niveles de gravedad.

Posteriormente, para ampliar el análisis, tratando el LOC como variable categórica dicotómica, se decidió tratar las variables ansiedad y depresión como cuantitativas, en función de la puntuación obtenida en GAD-7 y PHQ-9, respectivamente. Se pudieron comparar las medias de puntuación de ambas variables y conocer si existía una correlación entre ambas a través de la prueba de U de Mann-Whitney.

Se eliminaron 5 sujetos de la base de datos por datos faltantes (Missing Completely At Random – MCAR) en la variable de estratificación.

El análisis de las variables de estudio se llevó a cabo mediante el software estadístico Stata/MP 17.0.

La investigación respetó los principios establecidos en la Declaración de Helsinki que establecen un control ético de la investigación.

Previo a la realización del estudio, se solicitó el Consentimiento Informado a todos los participantes en base a lo decretado en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. Así mismo, junto al Consentimiento Informado, se entregó a cada uno de los participantes la Hoja Informativa sobre el presente estudio de acuerdo con lo descrito en el Capítulo II del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina, comúnmente conocido como Convenio de Oviedo.

Dado que el proyecto implica la recopilación y el tratamiento de datos personales, incluida información personal; la recopilación, el tratamiento, la comunicación y la transferencia de datos personales de todos los sujetos participantes, cumple con las disposiciones del Reglamento General (UE) de protección de datos (GDPR 2016/679) y la legislación nacional aplicable, Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales.

El proyecto de estudio del cual deriva el presente trabajo (que no se especifica siguiendo la normativa) fue evaluado por el Comité de Ética de Investigación Clínica del Instituto de Investigación con referencia 19/150-P.

Desarrollo

Las características de la muestra se describen en la Tabla 1.

Se

VARIABLES	Hombres	Mujeres	Total
Edad media (\pm DE)	55'81 (11'45)	54'22 (10'14)	54'88 (10'72)
Sexo n (%)	124 (41'61)	174 (58'39)	
Estado civil n (%)			
<i>Casado/a o con pareja de hecho y viviendo con el cónyuge o pareja</i>	85 (68'55)	123 (70'69)	208 (69'80)
<i>Casado/a o con pareja de hecho y viviendo separado del cónyuge o pareja</i>	1 (0'81)	4 (2'30)	5 (1'68)
<i>Soltero/a</i>	21 (16'93)	20 (11'49)	41 (13'76)
<i>Divorciado/a</i>	15 (12'10)	18 (10'34)	33 (11'07)
<i>Viudo/a</i>	2 (1'61)	9 (5'17)	11 (3'69)
Nivel de estudios n (%)			
<i>No sabe ni leer ni escribir</i>	1 (0'81)	0	1 (0'33)
<i>Sin estudios, pero sabe leer y escribir</i>	3 (2'42)	1 (0'57)	4 (1'34)
<i>Educación primaria</i>	12 (9'68)	26 (14'94)	38 (12'75)
<i>Educación secundaria (ESO, FP, GM, GS, BUP, COU, Bach.)</i>	69 (55'64)	89 (51'15)	158 (53'02)
<i>Educación universitaria o superior</i>	39 (31'45)	58 (33'33)	97 (32'55)
Estado laboral actual n (%)			
<i>Trabaja</i>	73 (58'87)	107 (61'49)	180 (60'40)
<i>Trabaja, pero tiene una baja laboral de más de 3 meses</i>	1 (0'81)	1 (0'57)	2 (0'67)
<i>Trabajo del hogar (en casa)</i>	0	12 (6'90)	12 (4'03)
<i>Incapacitado/a o con invalidez permanente</i>	2 (1'61)	5 (2'87)	7 (2'35)
<i>Parado/a sin subsidio/prestación</i>	1 (0'81)	5 (2'87)	6 (2'01)
<i>Parado/a con subsidio/prestación</i>	8 (6'45)	9 (5'17)	17 (5'70)
<i>Jubilado/a de forma anticipada</i>	18 (14'52)	12 (6'90)	30 (10'07)
<i>Jubilado/a por razón de edad</i>	21 (16'94)	17 (9'77)	38 (12'75)
<i>Otro</i>	0	6 (3'45)	6 (2'01)
Facilidad para llegar a fin de mes n (%)			
<i>Con mucha dificultad</i>	8 (6'45)	14 (8'04)	22 (7'38)
<i>Con dificultad</i>	11 (8'87)	15 (8'62)	26 (8'72)
<i>Con cierta dificultad</i>	19 (15'32)	25 (14'37)	44 (14'76)
<i>Con cierta facilidad</i>	19 (15'32)	39 (22'41)	58 (19'46)
<i>Con facilidad</i>	43 (34'68)	68 (39'08)	111 (37'25)
<i>Con mucha facilidad</i>	19 (15'32)	11 (6'32)	30 (10'07)
<i>No contesta</i>	5 (4'03)	2 (1'15)	7 (2'35)

incluyeron 298 participantes, siendo un 58'39% mujeres. La edad media fue de 54'88 años. En relación al estado civil, el 69'80% de la muestra está casado/a o con pareja de hecho y conviviendo con el cónyuge o pareja. El 53'02% de la muestra presenta un nivel de estudios hasta educación secundaria. El 60'40% de las personas están activas laboralmente (trabajando). Y en cuanto a la facilidad para llegar a fin de mes, el 37'25% refiere llegar "con facilidad".

Como se muestra en la tabla 2.

SEXO	<p style="text-align: center;">SIENTO QUE LO QUE SUCEDE EN MI VIDA A MENUDO ESTÁ DETERMINADO POR FACTORES MÁS ALLÁ DE MI CONTROL</p> <p style="text-align: center;">(Locus de Control)</p>						
	Completamente de acuerdo	De acuerdo	Algo de acuerdo	Algo en desacuerdo	En desacuerdo	Completamente en desacuerdo	Total
HOMBRE n (%)	22 (17'74)	28 (22'58)	39 (31'45)	10 (8'06)	19 (15'32)	6 (4'84)	124 (41'61)
MUJER n (%)	23 (13'22)	47 (27'01)	57 (32'76)	16 (9'19)	25 (14'37)	6 (3'45)	174 (58'39)
TOTAL n (%)	45 (15'10)	75 (25'17)	96 (32'21)	26 (8'72)	44 (14'76)	12 (4'03)	298 (100)

, se puede concluir que la prevalencia de LOC interno en la muestra es del 27'52%, frente a una prevalencia de LOC externo del 72'48%.

En cuanto a la distribución de la ansiedad, según la tabla 3

SEXO	NIVEL SEVERIDAD ANSIEDAD (GAD-7)					
	Sin sintomatología*	Leve*	Moderada*	Severa*	Datos faltantes	Total
Hombre n (%)	89 (71'77)	30 (24'19)	4 (3'22)	0	1 (0'81)	124 (41'61)
Mujer n (%)	113 (64'94)	42 (24'14)	13 (7'47)	6 (3'45)	0	174 (58'39)
Total n (%)	202 (67'78)	72 (24'16)	17 (5'70)	6 (2'01)	1 (0'33)	298 (100)

*Puntuación GAD-7:
0-4p: no se aprecian síntomas de ansiedad
5-9p: síntomas leves
10-14p: síntomas moderados
15-21p: síntomas severos

, el 67'78% del total de la muestra no presenta sintomatología; seguido de un 24'16% que presenta síntomas leves; un 5'70%, síntomas moderados, y un 2'01%, síntomas severos. Estratificando por sexo, hombres y mujeres siguen una tendencia similar.

La tabla 4

SEXO	NIVEL SEVERIDAD DEPRESIÓN (PHQ-9)						
	Sin sintomatología*	Leve*	Moderada*	Moderada- severa*	Severa*	Datos faltantes	Total
HOMBRE n (%)	94 (75'81)	24 (19'35)	3 (2'42)	1 (0'81)	0	2 (1'61)	124 (41'61)
MUJER n (%)	118 (67'82)	38 (21'84)	9 (5'17)	3 (1'72)	6 (3'45)	0	174 (58'39)
TOTAL n (%)	212 (71'14)	62 (20'80)	12 (4'03)	4 (1'34)	6 (2'01)	2 (0'67)	298 (100)

*Puntuación PHQ-9:
0-4p: no se aprecian síntomas de depresión
5-9p: síntomas leves
10-14p: síntomas moderados
15-19p: síntomas moderados-graves
20-27p: síntomas graves

, muestra los resultados en relación a la distribución de la depresión. El 71'14% del total de la muestra no presenta sintomatología depresiva; seguido de un 20'80% de personas que presentan sintomatología depresiva leve; un 4'03%, sintomatología depresiva moderada; un 1'34%, sintomatología depresiva moderada-severa, y un 2'01%, sintomatología depresiva severa. Estratificando por sexo, se observa que únicamente en las mujeres existe presencia de sintomatología depresiva severa (3'45%).

La tabla de contingencia LOC-ansiedad se presenta en la tabla 5

LOC	NIVEL SEVERIDAD ANSIEDAD (GAD-7)				
	Sin sintomatología*	Leve*	Moderada*	Severa*	Total
Interno n (%)	68 (22'90)	13 (4'38)	0	0	81 (27'27)
Externo n (%)	134 (45'12)	59 (19'87)	17 (5'72)	6 (2'02)	216 (72'73)
Total n (%)	202 (68'01)	72 (24'24)	17 (5'72)	6 (2'02)	297 (100)

*Puntuación GAD-7:
0-4p: no se aprecian síntomas de ansiedad
5-9p: síntomas leves
10-14p: síntomas moderados
15-21p: síntomas severos

Pearson $\chi^2(3) = 15'8682$; Pr = 0'001; Crámer's V = 0'2311

El 45'12% de la muestra presenta un LOC externo sin síntomas de ansiedad, frente a un 22'90% de prevalencia de LOC interno ante la ausencia de sintomatología ansiosa. Ante la presencia de síntomas de ansiedad leves, el 19'87% de la muestra presenta LOC externo, frente a un 4'38% de LOC interno. En el caso de sintomatología ansiosa moderada y severa, no se reporta LOC interno, mientras que sí existe prevalencia de LOC externo. El valor del parámetro V de Crámer (0'23) implica que se puede concluir que la asociación entre el LOC y ansiedad es moderada. El p-valor < 0'05 permite concluir que existe evidencia suficiente para afirmar que existe una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables.

Se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov para la variable ansiedad (forma cuantitativa), concluyendo que probablemente se trata de una distribución NO normal. Por este motivo, se decidió realizar el test U de Mann-Whitney. En la tabla 6

LOC	Observaciones	Suma de rango	Esperado
Interno	81	9662'5	12069
Externo	216	34590'5	32184
Combinado	297	44253	44253

Varianza sin ajustar 434484'00
 Ajuste -7615'49
 Varianza ajustada 426868'51

Ho: puntuación ansiedad (LOC interno) = puntuación ansiedad (LOC externo)
 z = -3'683
 Prob > |z| = 0'0002
 Prob exacta = 0'0002

se muestran los resultados. La suma de los rangos de LOC externo es mayor, por lo tanto, en presencia de LOC externo, hay mayor puntuación de ansiedad.

En la tabla 7

LOC	NIVEL SEVERIDAD DEPRESIÓN (PHQ-9)					
	Sin sintomatología*	Leve*	Moderada*	Moderada-severa*	Severa*	Total
Interno n (%)	68 (22'97)	13 (4'39)	1 (0'34)	0	0	82 (27'70)
Externo n (%)	144 (48'65)	49 (16'55)	11 (3'72)	4 (1'35)	6 (2'03)	214 (72'30)
Total n (%)	212 (71'62)	62 (20'95)	12 (4'05)	4 (1'35)	6 (2'03)	296 (100)

*Puntuación PHQ-9:
0-4p: no se aprecian síntomas de depresión
5-9p: síntomas leves
10-14p: síntomas moderados
15-19p: síntomas moderados-graves
20-27p: síntomas graves

Fisher's exact = 0'062

, se muestran los resultados del LOC según el nivel de severidad de la depresión. El 48'65% de la muestra presenta un LOC externo sin síntomas de depresión, frente a un 22'97% de prevalencia de LOC interno ante la ausencia de sintomatología depresiva. Ante la presencia de síntomas de depresión leves, el 16'55% de la muestra presenta LOC externo, frente a un 4'39% de LOC interno. En el caso de sintomatología depresiva moderada-severa y severa, no se reporta LOC interno, mientras que las prevalencias de LOC externo son, respectivamente, 1'35% y 2'03%. El p-valor > 0'05 indica que no se puede aceptar la hipótesis nula, concluyendo que el LOC y la depresión son independientes. Por lo tanto, no existe evidencia suficiente para afirmar que hay una asociación entre estas dos variables.

Igual que para la ansiedad, se realizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov, obteniendo un p-valor < 0'05, por lo que se concluyó que probablemente se trataba de una distribución NO normal. Se realizó el test U de Mann-Whitney. En la tabla 8

LOC	Observaciones	Suma de rango	Esperado
Interno	82	10265	12177
Externo	214	33691	31779
Combinado	296	43956	43956

Varianza sin ajustar 434313'00
 Ajuste $-7771'80$
 Varianza ajustada 426541'20

H_0 : puntuación depresión (LOC interno) = puntuación depresión (LOC externo)
 $z = -2'928$
 $\text{Prob} > |z| = 0'0034$
 $\text{Prob exacta} = 0'0033$

se muestran los resultados, que sugieren que hay una diferencia estadísticamente significativa entre las distribuciones. La suma de los rangos de LOC externo es mayor, por lo tanto, en presencia de LOC externo, hay mayor puntuación de depresión.

En resumen, el 72'48% de las personas presentan un LOC externo, sin observarse tendencias distintas según el sexo. El 67'78% de la muestra no presenta síntomas de ansiedad y el 24'16% presenta niveles leves. En cuanto a la sintomatología depresiva, esta sigue una tendencia similar, destacando que el 71'14% de la muestra no presenta síntomas; el 20'80%, síntomas leves, y el 4'03%, moderados. En el caso de las mujeres, se observa la presencia de prevalencia de sintomatología depresiva severa, frente a la ausencia de la misma en el caso de los hombres.

La muestra del estudio Predicting Incident Multimorbidity estuvo formada por 12.100 participantes de entre 50 hasta 85 o más años; el 56'3% eran mujeres; en relación al total de la muestra, la mayor parte tenía un nivel educativo intermedio. Por lo que, aunque en el estudio se contemplen más variables, tales como el hábito tabáquico y la actividad física, y a excepción del tamaño muestral, posee características sociodemográficas similares a las del presente proyecto de investigación. Además, se pone de manifiesto que, entre otros factores, el LOC externo se asocia con un riesgo incrementado de multimorbilidad. La multimorbilidad englobaría las condiciones de trastornos de la esfera de la salud mental, como son la ansiedad y la depresión. La prevalencia de LOC externo en el estudio en la muestra total es de 65'30%, frente a un 72'48% en la muestra total del presente proyecto de investigación, siendo resultados que siguen la misma tendencia y demuestran una mayor predominancia de este subtipo de LOC en la población. En cuanto a los síntomas ansioso-depresivos, en el mismo estudio, no se realiza una separación (ansiedad, depresión y problemas emocionales se engloban dentro de lo que los autores denominan "condiciones de salud mental afectivas"). La prevalencia de una condición de salud mental afectiva al inicio del estudio, realizado en Inglaterra, fue de 7'9%, frente a una prevalencia de síntomas ansioso-depresivos en el presente proyecto, llevado a cabo en España, de 60'06%(13).

Algunas de las limitaciones fueron las ligadas al periodo de estudio, ya que el periodo vacacional supuso una mayor dificultad de reclutamiento. Otras dificultades fueron determinadas por: la situación de pandemia (COVID-19); por el tipo de estudio, ya que no se pueden establecer relaciones causales entre las variables ni conocer si fue anterior la existencia del factor de riesgo o lo fue la condición alterada de salud; al ser transversal, no fue posible el cálculo de la incidencia. Además, este proyecto forma parte de un estudio (no mencionado siguiendo la normativa), por lo

que los datos analizados no fueron recogidos adhoc.

La variable LOC fue analizada con una afirmación y una escala tipo Likert, lo que se considera una limitación a la hora de recoger la mayor parte de información posible de la misma, ya que, al ser una afirmación, no permite indagar otros aspectos ni matices. Por ejemplo, en un estudio se utilizó la Mastery Scale (Pearlin y Schooler, 1978) para la medida del LOC, donde existen 5 ítems puntuables de 1 (fuertemente en desacuerdo) hasta 5 (fuertemente de acuerdo) (menor puntuación indica una mayor orientación a LOC externo)(9). En otro estudio, se utilizó Locus of Control of Behaviour Scale (LOCB) para conocer la orientación del LOC. Una escala de 17 ítems con una puntuación que oscila entre 0 hasta 85, donde mayores puntuaciones indican mayores grados de orientación externa del LOC(16). Estas dos últimas escalas, al no basarse únicamente en una afirmación, ofrecen una perspectiva y veracidad mayores, así como mayores niveles de fiabilidad en cuanto al resultado del LOC. Existen muchísimos más instrumentos de valoración de esta variable, como: la 18-item Multidimensional Health Locus of Control Scale (MHLC) o la escala de Locus de Control de Rotter (1966) en su adaptación española (Pérez-García, 1984).

Por otro lado, destacar la elección de la variable sexo en lugar de género, por la presencia de una categoría con un único sujeto en la variable género. Ello conlleva una serie de restricciones, ya que es más holístico conocer los roles que desempeñan las personas a nivel social.

Además, está presente el sesgo de memoria y el de auto-reporte a la hora de cumplimentar los cuestionarios, y, se están generalizando los resultados de los cuatro CAP cuando cada uno atiende a una población con unas características sociodemográficas concretas.

En relación a los instrumentos de valoración de dos de las variables principales (GAD-7 y PHQ-9), la categorización de los resultados es un aspecto a tener en cuenta en la interpretación de los mismos, sobre todo en la subclasificación de ausencia de sintomatología.

Conclusiones

A modo de conclusiones, según los resultados obtenidos en el presente estudio, es importante destacar:

- La elevada prevalencia de síntomas ansiosos en la muestra, así como la elevada proporción de los mismos en comparativa con otras unidades muestrales (provincias de Comunidades Autónomas, países de la Unión Europea...).
- La prevalencia de síntomas depresivos, ya que, aunque la mayor proporción de la muestra refiera no presentar sintomatología de este tipo, se han obtenido porcentajes elevados en otros niveles de gravedad, destacando los síntomas severos, que únicamente están presentes en mujeres.
- La mayor predominancia de LOC externo, tal y como apuntaba la evidencia científica previa.
- La mayor prevalencia de síntomas ansioso-depresivos en mujeres. En el caso del LOC, la distribución según el sexo es similar.
- En el caso de la ansiedad, la asociación con el LOC es moderada; mientras que en el caso de la depresión no hay evidencia suficiente para afirmar la existencia de la asociación entre las dos variables.
- La correlación positiva entre LOC externo y puntuaciones de ansiedad y depresión, ya que, ante la presencia de LOC externo, se obtienen mayores puntuaciones en los niveles de gravedad de la sintomatología ansioso-depresiva. Esta correlación es inversa en cuanto al otro subtipo de LOC, ya que ante la presencia de LOC interno, las puntuaciones de ansiedad y depresión, disminuyen. Los puntos anteriores suponen una oportunidad desde la que es posible profundizar en la relación

entre estos elementos y/o factores y así abogar por intervenciones propias de las enfermeras especialistas en salud mental. Todo ello, con el fin de promocionar la salud mental a través de: la filosofía del cuidado (K. Martinsen)(17) y del acompañamiento; del abordaje de los estilos de vida que fomenten el bienestar emocional (teniendo presente la valoración del LOC y fomentando el LOC interno), y del sentido de autonomía y la capacidad de autocuidado. Así como con la finalidad de prevenir la multimorbilidad (asociada a una reducción del estatus funcional y de la calidad de vida) en entornos como la AP.

En resumen, es importante priorizar la disminución del malestar emocional de la población mejorando el afrontamiento ante determinadas condiciones del continuum salud-enfermedad, como pueden ser los síntomas de ansiedad y/o depresión. Se propone como línea estratégica de acción seguir ampliando el análisis para conocer la causalidad, es decir, si el LOC externo determina un aumento de la severidad de los síntomas ansioso-depresivos o si, por el contrario, los síntomas ansioso-depresivos predisponen a un LOC externo.

Según los resultados obtenidos, se puede plantear elaborar una intervención destinada a promover el LOC interno y trabajar las resistencias que fomentan un afrontamiento desde el LOC externo, tanto a nivel individual, como a nivel grupal a través de grupos psicoeducativos, por ejemplo. Todo ello, con el objetivo de mejorar la salud mental de la población y abordando síntomas tan prevalentes como los de ansiedad y depresión y la repercusión y/o afectación de los mismos en la vida diaria, además de promover un afrontamiento de tipo adaptativo, desde el funcionamiento del LOC interno.

Otra futura línea futura sería trasladar el estudio a población adolescente para conocer cómo es su salud mental y según los resultados obtenidos, plantear el diseño de una intervención enfocada a promocionar el bienestar emocional en edades tempranas para mejorar los niveles de ansiedad y depresión, que tan prevalentes son en población adulta.

Bibliografía

1. Un sitio web de enfermeros para enfermeros [Internet]. Teorías y modelos de Enfermería [citado 14 febrero 2024]. Disponible en: <https://yoamoenfermeriablog.com/teorias-y-modelos-de-enfermeria/>
2. Collière M F. Promover la vida. 1ª ed. Madrid: McGraw-Hill; 1993.
3. Dorothea E Orem. Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica, versión española de la 4ª ed. Ediciones Científicas y Técnicas: Barcelona; 1993.
4. Krampe H, Danbolt LJ, Haver A, Stålsett G, Schnell T. Locus of control moderates the association of COVID-19 stress and general mental distress: results of a Norwegian and a German-speaking cross-sectional survey. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2021;21(1):1–13 [citado 14 febrero 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34488667/>
5. Shah P, Quilty L, Kim J, Graff-Guerrero A, Gerretsen P. Impaired Awareness of Problem and Pathological Gambling: A Review. *J Gambl Stud* [Internet]. 2020;36(1):39–50 [citado 14 febrero 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10899-019-09926-0>
6. Wu WCH, Chen SX, Ng JCK. Does believing in fate facilitate active or avoidant coping? The effects of fate control on coping strategies and mental well-being. *Int J Environ Res Public Health*

- [Internet]. 2020;17(17):1–20 [citado 14 febrero 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32887254/>
7. Kurtović A, Vuković I, Gajić M. The Effect of Locus of Control on University Students' Mental Health: Possible Mediation through Self-Esteem and Coping. *J Psychol Interdiscip Appl* [Internet]. 2018;152(6):341–57 [citado 14 febrero 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/00223980.2018.1463962>
8. Limmer A, Schütz A. Interactive effects of personal resources and job characteristics on mental health: a population-based panel study. *Int Arch Occup Environ Health* [Internet]. 2021;94(1):43–53 [citado 14 febrero 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s00420-020-01555-0>
9. Hovenkamp-Hermelink JHM, Jeronimus BF, van der Veen DC, Spinhoven P, Penninx BWJH, Schoevers RA, et al. Differential associations of locus of control with anxiety, depression and life-events: A five-wave, nine-year study to test stability and change. *J Affect Disord* [Internet]. 2019;253(April):26–34 [citado 14 febrero 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.04.005>
10. Kessler RC, Aguilar-gaxiola S, Alonso J, Chatterji S, Lee S, Ormel J, et al. World Mental Health (WMH) Surveys [Internet]. 2011;18(1):23–33 [citado 14 febrero 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19378696/>
11. Lalonde M. *A New Perspective on the Health of Canadians*. Ottawa, Ontario, Canada: Minister of Supply and Services; 1974.
12. Gobierno de España. Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades. Instituto de Salud Carlos III. Subdirección General de Evaluación y Fomento de la Investigación. Convocatoria proyectos de investigación en salud. Memoria de solicitud, 2019 [citado 14 febrero 2024].
13. Mounce LTA, Campbell JL, Henley WE, Tejerina Arreal MC, Porter I, Valderas JM. Predicting incident multimorbidity. *Ann Fam Med* [Internet]. 2018;16(4):322–9 [citado 14 febrero 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29987080/>
14. EspectroAutista.info [Internet] Escala del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7) [citado 14 febrero 2024]. Disponible en: <http://espectroautista.info/GAD7-es.html>
15. Saldivia S, Aslan J, Cova F, Vicente B, Inostroza C, Rincón P. Propiedades psicométricas del PHQ-9 (Patient Health Questionnaire) en centros de atención primaria de Chile. *Rev Med Chile* 2019 [Internet] 147: 53-60 [citado 14 febrero 2024]. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872019000100053
16. Halse I, Bjørkløf GH, Engedal K, Selbæk G, Barca ML. Locus of control and Its Associations with Depressive Symptoms amongst People with Dementia. *Dement Geriatr Cogn Disord* [Internet] 2021;50(3):258–65 [citado 22 febrero 2024]. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34384076/>
17. Rodríguez-Jiménez S, Cárdenas-Jiménez M, Pachecho-Arce AL, Ramírez-Pérez M. Una mirada fenomenológica del cuidado de enfermería. *Enfermería universitaria* [Internet] 2014;11(4):145-153 [citado 22 febrero 2024]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-una-mirada-fenomenologica-del-cuidado-S1665706314709273>