

## ***Preparación de sujetos para intervenciones médicas estresantes***

**Victoria del BARRIO GANDARA**

*Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid*

### ***Resumen***

En este trabajo se hace una revisión de las diferentes técnicas psicológicas utilizadas para la reducción del estrés en situaciones de intervenciones y exploraciones médicas. Se distinguen dos grandes categorías de técnicas de intervención: las centradas en el problema y las centradas en la emoción. Por otra parte las características de los sujetos más estudiadas en este campo son: ansiedad *vs.* control, *locus* de control externo *vs.* interno, afrontamiento activo *vs.* pasivo, experimentado *vs.* novicio y negador *vs.* preocupado. En los estudios sobre el tema aparece una evidente diferenciación entre la eficacia de las diferentes técnicas en función de las características de los sujetos a las que se aplican.

**Palabras clave:** Preparación psicológica, intervenciones médicas estresantes.

### ***Abstract***

In this article different psychological techniques employed in the reduction of stress in medical examination and operation situations are reviewed. Two great categories can be distinguished: problem-centred and emotion-centred therapies. Subject characteristics most studied in this field are: anxiety *vs.* control, external *vs.* internal locus of control, active *vs.* passive coping, experienced *vs.* inexperienced denial *vs.* worrying. In studies carried out in this field, an evident distinction among different techniques appears as a function of characteristics of subjects whom they are applied to.

**Key words:** Psychological preparation, stressful medical operations.

Desde hace algún tiempo la cooperación entre la medicina y la psicología se ha ido haciendo más intensa y frecuente. La aparición de nuevas denominaciones para quehaceres profesionales como medicina comportamental o psicología de la salud no son más que un síntoma de ello (Schwartz y Weiss, 1978). La relación

entre enfermedad y conducta, ha sido patente desde la antigüedad y su existencia puede rastrearse en la historia remontandonos hasta la medicina hipocrática, sin embargo sólo recientemente esta relación ha alcanzado un estatus científico de cuantificación y prueba. Hoy la definición de salud inclu-

ye no solamente aspectos físicos clásicos como mortalidad y morbilidad, sino aspectos psicológicos como el de bienestar. La calidad de vida se ha convertido en una meta de la salud, pero no por azar. La acumulación de datos provenientes de la investigación epidemiológica sobre los modos de vida y la enfermedad, empujaban a ello. Por otra parte la primera meta de la medicina: sobrevivir se había alcanzado ya parcialmente y el desafío siguiente no está en salvar la vida, sino en las condiciones en las que se conserva esa vida. En este ámbito de la calidad de vida es en donde la confluencia de la medicina y la psicología se ha hecho más intensa en los últimos tiempos.

Ciertos tipos de personalidad, acontecimientos vitales negativos, estrés socioambiental, interiorización de la ira, sedentarismo, se han venido perfilando como factores de vulnerabilidad; las personas que están sometidos a ellos tienen una proclividad mayor a enfermar o desarrollar desajustes. Por el contrario el apoyo social, el afrontamiento activo de los problemas, la religiosidad, ciertos tipos de personalidad, el ejercicio físico moderado, la sobriedad, se han constituido en factores escudo o de resistencia a la enfermedad y la desadaptación. Muchos trabajos de autores diversos y de campos muy divergentes confluyen en este tipo de hallazgos (Matarazzo, Weiss, Herd, Miller y Weiss, 1984; Brown y Harris, 1989; Pearlin, 1989; Grossarth-Maticek, 1984; Eysenck, 1988; Glass, 1977; Haynes, Feinleib, Levine, Scotch y Kannell, 1978). Por tanto la potenciación de estos factores positivos y la inhibición de los negativos se ha convertido en el objetivo fundamental de la investigación en psicología de la salud.

Este trabajo se inscribe en ese marco de la relación entre conducta y salud y la posibilidad de mejorar la calidad de la vida de los sujetos que por razones diversas tienen que enfrentarse al estrés que supone una enfermedad y todos los acontecimientos desagradables que se producen en torno de ella (Matarazzo *et al.*, 1984).

Todo acto relacionado con la pérdida de la salud supone para el sujeto un estrés más o menos violento. Prueba de ello es que los listados de acontecimientos estresantes incluyen este tipo de acontecimientos desde que los pioneros en este campo lo hicieron (Holmes y Rhae, 1967). La enfermedad, el dolor, operaciones, exploraciones molestas, intervenciones dentarias, ingresos hospitalarios, seguimiento de tratamientos, dietas, afrontamiento de diagnóstico, la convivencia con la enfermedad crónica, la reinserción laboral, exigen del sujeto un esfuerzo de adaptación o afrontamiento de la situación.

Estos sucesos estresantes de evaluación o intervención pueden ser anticipados por el sujeto y se generan respuestas emocionales negativas de miedo, ansiedad tanto antes, como durante y en la postintervención. Estas emociones, como es bien conocido, ponen en marcha el SNA y se produce la activación del hipotálamo, la glándula pituitaria y la corteza y médula adrenal. Los cambios neuroquímicos, hormonales e inmunológicos que se producen explican la relación de enfermedad y emoción (Gentry, 1985). En último término las tasas de adrenalina, noradrenalina, testosterona, corticoides, acetilcolina se alteran; las funciones fisiológicas que acompañan a las emociones, también; así,

la tasa cardíaca, la sudoración, la tensión muscular, la dilatación pupilar, la presión sanguínea pueden verse también afectadas. Estas reacciones emocionales además de su acción sobre el estado de ánimo y la salud física, pueden interferir en los actos médicos, en los evaluativos y en el proceso de recuperación. En el caso de intervenciones médicas la emoción excesiva del paciente puede interferir en el tiempo y la calidad de la acción; en el caso de la evaluación pueden llegar a alterarse los datos mismos.

Hubo un tiempo que este tipo de problemas se solucionaba con tranquilizantes. Hoy, con la tendencia creciente a suprimir medicación no esencial, la convicción de la existencia de efectos secundarios no deseables, así como inseguridad sobre la interacción de tranquilizantes con las otras medicaciones y con la intervención misma, se tiende a la no administración de este tipo de medicamentos. Un trabajo de Johnston (1980) probó cómo los pacientes más ansiosos requerían mayor dosis de anestesia y con ello se incrementaban los riesgos de la intervención. En este mismo sentido se inclinan los trabajos de Eysenck (1964) en donde tanto las dosis de anestesia como fármacos tienen una relación con tipo de personalidad. Así que hoy se tiende a solucionar este tipo de problemas desde un punto de vista e intervención conductual. En este punto se inscriben muchas de las acciones de intervención psicológica en ambiente hospitalario.

Evidentemente todo tipo de intervención, pero también la evaluación objetiva mediante aparatos complejos, la evaluación neurológica, las exploraciones dolorosas, se inscriben dentro de acontecimientos generadores de estrés

que necesitan ser atendidos desde una intervención psicológica.

Según Melamed, Dearborn y Hermezc (1983) este tipo de intervención psicológica sólo es posible si se lleva a cabo en unas determinadas condiciones: *a)* Tener un equipo interdisciplinar. *b)* Tener una metodología científica, basada en la medida y la investigación. *c)* Estar orientada a la aplicación.

Estas condiciones permiten progresar en el conocimiento y por tanto mejorar las intervenciones en beneficio de los pacientes. La tecnología avanzada, el tiempo limitado y las exploraciones cada vez menos periféricas incrementan la situación de estrés de los pacientes y los problemas emocionales de la intervención.

La intervención psicológica de preparación educativa del paciente para examen y tratamiento tiene varios campos de aplicación: 1. La cirugía. 2. Las intervenciones dolorosas (curas, odontología). 3. Los tratamientos con efectos secundarios aversivos (cáncer). 4. Exploraciones invasivas (cateterismo, endoscopias).

Desde el punto de vista psicológico importa fundamentalmente que en algunas de estas ocasiones el paciente está consciente y en otras no. Por tanto el tipo de intervención será distinto en función de las distintas *metas* que la situación concreta del sujeto permite.

En el caso del paciente anestesiado la meta de la intervención psicológica es mejorar las condiciones emocionales del paciente para que su *recuperación* sea más rápida. La reducción de la ansiedad anticipatoria y la reducción del miedo postintervención son las acciones terapéuticas más frecuentemente lleva-

das a cabo. Aspectos nada altruistas como el coste elevado de días de hospitalización, la pronta vuelta al trabajo o el consumo de analgésicos, se han convertido en los criterios objetivos de eficacia de la intervención psicológica con pacientes quirúrgicos.

Por el contrario cuando el paciente está despierto la meta de la intervención psicológica es la *colaboración* del sujeto en el acto médico. La reducción del miedo y la ansiedad preintervención y durante la intervención es acción terapéutica más usual. Las interrupciones, el reinicio de la exploración, la capacidad de seguir órdenes, la contestación adecuada de preguntas, la evitación de movimientos de huida son los criterios de eficacia más utilizados en estos casos.

Algunos estudios añaden a estos criterios objetivos criterios subjetivos tales como apreciación del equipo terapéutico sobre la colaboración o recuperación del paciente. También se lleva a cabo aunque minoritariamente la evaluación, mediante autoinformes, de la situación emocional -fundamentalmente miedo y ansiedad- pero también de estilos de afrontamiento y *locus* de control. En algunos casos se escoge como criterio la evaluación objetiva de los correlatos físicos de la emoción como tasa cardíaca, actividad electrodermal o ritmo respiratorio.

Como hemos visto tanto la meta de recuperación como la de colaboración se aborda, desde el punto de vista psicológico, poniendo en marcha distintas técnicas de reducción de ansiedad. Se *educa* a los pacientes para el éxito la intervención. Matthews y Ridgeway (1984) consideran que las técnicas usadas se pueden clasificar en: *a)* afrontamiento del

estrés; *b)* reducción de ansiedad; *c)* reducción del dolor.

La mayor parte de los expertos en este campo son partidarios de la intervención puesto que hay un mayor beneficio que costes (Miller, Combs y Rodríguez, 1989), sin embargo no faltan detractores (Suls y Fletcher, 1985). A pesar de ello desde principios de los años setenta este tipo de actuaciones no ha hecho más que crecer.

Para que una intervención psicológica sea exitosa debe conseguir una información que haga coherente la intervención con el tipo de problema al que se aplica, con la situación concreta del sujeto con el que se trabaja. Cohen y Lazarus (1980) formulan las siguientes necesidades: *a)* conocer la naturaleza de la enfermedad o intervención, *b)* conocer el procedimiento concreto a seguir, *c)* sensaciones producidas por la intervención, *d)* efectos colaterales, *e)* estrategias de afrontamiento del sujeto. A estas podría añadirse la propuesta por Williams y Kendall (1985), *f)* conocimiento de la situación física del sujeto.

La información correspondiente a la enfermedad, las sensaciones que acompañan a la intervención, exploración o tratamiento, el procedimiento secuencial que se va a seguir se obtienen en las reuniones del equipo interdisciplinar. La información sobre la evaluación emocional del sujeto y la decisión de si es necesaria o no la intervención psicológica se hace en una entrevista inicial de toma de contacto con el paciente (Martelli, Auerbach, Alexander y Mercuri, 1987).

Una vez que se ha reunido toda esta información, se sabe ya con precisión que meta se persigue (colaboración, re-

cuperación), con que tipo de problema hay que enfrentarse (implantación de DIU, EEG, cateterismo, etc.) y que tipo de sujeto tenemos delante (edad, experiencia, estado físico y emocional). Con estos datos se perfila la acción concreta de la intervención.

### **Tipos de intervención**

Se puede clasificar genéricamente la intervención psicológica para el control del estrés en relación con los problemas de salud en dos grandes apartados: La intervención *centrada en el problema* que focaliza toda la acción en el tipo de terapéutica o exploración a la que va a ser sometido el sujeto y la intervención *centrada en la emoción* que pretende dotar al sujeto de recursos para afrontar el estrés (Martelli *et al.*, 1987).

#### **Técnicas centradas en el problema**

En el caso de la intervención centrada en el problema la técnica que se utiliza es la *información*. La meta es dar al sujeto paciente un determinado tipo de información que le proporcione seguridad, esa seguridad estaría basada en la predictibilidad de lo que va a ocurrir.

La información puede ser de muchas clases, los dos géneros más amplios son: *general o específica*.

La información general se usa fundamentalmente en adaptación a internamientos hospitalarios y, también, como una forma de acción alternativa con grupo de intervención y grupo control. La información general consiste en dar al sujeto conocimiento sobre la estructura hospitalaria, los horarios, composición del equipo de personas que le van a

tratar, los servicios, prohibiciones y derechos.

La información específica tiene muchas modalidades: *proceso, sensaciones, enfermedad, aparataje, instrucciones de conducta*.

Cuando la información es procesual al sujeto se le explica cuándo le van a intervenir, donde se hará, cuanto tiempo durará, quién estará con él y cuánto tardará en recuperarse.

La información sobre sensaciones se focaliza en las percepciones asociadas al tipo de intervención que se vaya a realizar: dolor, calor, náuseas, picor, opresión, sonidos.

En la información centrada en la enfermedad se darán al sujeto los datos sobre causas, epidemiología, mortalidad, pronóstico, dieta, tratamiento y cambios de vida asociados a la enfermedad concreta de que se trate.

Toda exploración que lleve asociada consigo la utilización de instrumentos o aparatos puede introducir una información sobre los mismos (Miller *et al.*, 1989). La tecnología creciente en la exploración y evaluación ha incrementado la necesidad de introducción de esta técnica, puesto que los aparatos son cada vez más imponentes. La evaluación neurológica, los tratamientos nucleares, las osteometrías son una buena muestra de ello.

Por último existe la información sobre la conducta que el paciente debe seguir durante la intervención: moverse de una determinada manera, toser, respirar, tragarse una sonda, etc. Esta última intervención se aborda de muy distintas formas: se pueden dar las instrucciones directamente sobre la marcha de la intervención, se puede oír previamente una

cinta y se pueden ver modelos filmados realizando las mismas tareas que el paciente tendrá que ejecutar. Esta última es un tipo de intervención que puede considerarse mixta, porque muchos profesionales no la usan como una información, sino como una técnica de aprendizaje por modelos que se saldría por tanto del género información.

Las instrucciones son necesarias siempre que se necesita la colaboración del sujeto para la intervención, por tanto, en estos casos, hay que darla (no como la información anterior que puede optarse por darla o no). Esta es quizás la razón de que se haya investigado mucho sobre ella. Por ejemplo las instrucciones son más eficaces si son directivas y si se refuerzan las conductas correctas; las instrucciones dadas como órdenes o coercitivamente producen efectos negativos y las maneras explicativas o retóricas no producen efectos (Weinstein y Stason, 1984). Hay autores que aconsejan enseñar al paciente estas acciones con una técnica de moldeado, es decir, descomponiendo la actuación del sujeto en pequeños pasos que puedan ser ejecutados secuencialmente para facilitar su aprendizaje apoyándose en ayudas verbales, físicas o presentación de modelos; también aparece como más eficaz la presentación de las instrucciones de una manera estructurada, puesto que se incrementa la capacidad de los sujetos para su reproducción correcta (Lindeman y Van Aerman, 1971). La eficacia de esta técnica parece adecuada (Fortin y Kirouac, 1976).

Cuando se estudia la eficacia de diferentes formas de informar aparece consistentemente la superioridad de las técnicas de información específica sobre la información general, la información

de sensaciones sobre la procesual; hay también una confluencia en los buenos resultados uniendo la procesual y la sensorial (Johnson, Morrisey y Leventhal 1973; Johnson y Leventhal, 1974). La cantidad de información produce efectos diferenciales; parece que una información excesiva o escasa resulta perjudicial mientras que la moderada produce efectos beneficiosos.

### ***Técnicas de control de la emoción***

Cuando la intervención psicológica se centra en la emoción se utilizan una pluralidad de estrategias todas ellas orientadas al *control* de estímulos aversivos. Existen técnicas muy plurales para conseguir el manejo de la emoción negativa ante la estimulación considerada como aversiva. En este terreno concreto las más utilizadas han sido la *relajación*, *desensibilización*, *el aprendizaje vicario* y *técnicas cognitivas*. El aprendizaje vicario se utiliza preferentemente en población infantil y las otras en población adulta.

La relajación es una de las técnicas más utilizadas en ambientes de salud en éste y otros campos, en relación con el control de la ansiedad y el estrés. Schultz y Jacobson son los autores de los programas de relajación más usados. Más recientemente la hipnosis se ha empezado a utilizar en esta función. Se puede realizar a través de cintas grabadas, pero se ha comprobado que la enseñanza de la relajación en vivo produce mejores resultados, así como la mayor duración del aprendizaje (Wilson, 1981, Corah y Gale, 1984).

La desensibilización añade a la relajación la exposición paulatina a los estímulos considerados por el sujeto jerár-

quicamento aversivos, comenzando por los escalones inferiores. Esta técnica es minoritariamente usada en población adulta por el coste de tiempo que supone y porque otras técnicas alternativas pueden coseguir resultados similares, pero es muy utilizada en las intervenciones infantiles y fundamentalmente en las odontológicas (Corah y Gale, 1984).

La eficacia de la relajación parece comprobada, pero hay diferentes datos en su comparación con otras técnicas. Wilson (1984) la encuentra más eficaz que las técnicas cognitivas mientras que Pickett y Clum (1982) observan exactamente lo contrario.

El aprendizaje vicario se utiliza fundamentalmente en niños; puede hacerse con material grabado en video, con modelos reales, con material impreso, con muñecos. Se sabe que el modelo, para ser eficaz, debe ser próximo al sujeto, así que se deben cuidar los niveles de edad, sexo, clase social y apariencia física en la elección de modelos. También parecen dar mejores resultados los modelos reales, pero se usan muy poco por la dificultad de su disponibilidad. La exposición al modelo puede variar en tiempo (4 a 20 minutos) y número de veces (Allen y Blanchard, 1989). Se ha comprobado una menor eficacia en exposiciones cortas y no repetidas (Melamed, 1977; Melamed, Yurchenson, Fleece, Hutcherson y Hawes, 1978).

Las técnicas cognitivas más utilizadas son: *reestructuración cognitiva*, *pensamientos alternativos tranquilizantes*, *autoinstrucciones*, *inoculación de estrés*, *imaginación guiada*, *atención redirigida*.

La reestructuración cognitiva consiste en hacer pensar al sujeto que lo que le

sucede tiene aspectos positivos: «Cuando terminen sabrán perfectamente qué es lo que hay que hacer»; «aprovecharé la hospitalización para descansar» (Langer y Rodin, 1976); con ello se consigue cambiar la percepción del mundo, las expectativas del futuro y el propio concepto dentro de la más estricta ortodoxia cognitiva.

Los pensamientos tranquilizantes alternativos pretenden ocupar la mente con ideas que se han listado como relajantes con la colaboración del sujeto: «muchos antes que yo lo han hecho sin problemas», «sólo durará cinco minutos», «será un éxito»,... (Kendall *et al.*, 1979). Algunos investigadores convierten los pensamientos en un autodiálogo en voz alta.

La imaginación guiada se usa para producir una especie de aprendizaje por modelo, con la particularidad de que el modelo es «uno mismo» imaginado en la situación: «imagínate que entras en la sala y ves un gran aparato, como una cúpula, colgado sobre una mesa. Piensa que te acercas a la mesa y te tumbas en ella» y así se va describiendo todo el proceso. Esta técnica se ha mostrado muy efectiva en reducción de los niveles de ansiedad y en la aceleración de la recuperación física (Holden-Lund, 1988).

La atención redirigida consiste en una técnica de distracción en la que el paciente está jugando con un videojuego o viendo una película o cualquier otra cosa que ocupe activamente la atención mientras está siendo sometido a la intervención (Seýrek y Corah, 1984).

Hay muchas formas diferentes de llevar a cabo una inoculación de estrés a partir de las tres etapas clásicas de Meichenbaum y Cameron (1973): prepa-

ración, adquisición de habilidades y aplicación. En este campo (Miller *et al.*, 1989) revisa las de mayor éxito: diálogo interior tranquilizante, seguido de la inoculación verbal de estrés primero y el aparataje estresante después. O también la secuencia: primero etapa educativa con reconocimiento del problema y análisis del estrés y el dolor; segunda adquisición de habilidades de afrontamiento: *a)* reconocimiento de signos del estrés: aceleración cardíaca, *b)* respiración profunda, *c)* relajación muscular, *d)* inducción de imágenes placenteras, *e)* sustitución de las autoinstrucciones de afrontamiento por autoinstrucciones negativas *f)* aplicación de refuerzos en el caso de completar con éxito el procedimiento (Wells, Howard, Nowlin y Vargas, 1986). La reunión en esta técnica de muchas otras la convierte en una de las favoritas. La inoculación de estrés asociada a control de atención no se ha mostrado útil en exploraciones artrográficas (Tang y Poser, 1982) pero sí en control de dolor y descenso en el consumo de analgésicos (Wells *et al.*, 1986). La asociación de afrontamiento cognitivo con relajación parece incrementar los beneficios de la intervención psicológica (Kaplan, Cassell y Gores, 1979). Por ello se recomienda con frecuencia la utilización de métodos combinados (Ridgeway y Matthews, 1982).

Las técnicas cognitivas aparecen en muchos estudios como superiores a las demás. El afrontamiento cognitivo tiene efectos superiores a la información sensorial y procesual (Kendall *et al.*, 1979). También aparece como superior frente a la relajación (Pickett y Clum, 1982). Sin embargo la investigación muestra una y

otra vez que, aún con éstas, no siempre se tiene éxito y ello nos lleva a contemplar otra de las variables relevantes: el sujeto sobre el que se aplican estas técnicas.

### Tipos de sujetos

La creencia de que los sujetos van a reaccionar de una manera homogénea ante una determinada situación es algo que hoy la psicología está muy lejos de aceptar, pero, en ocasiones, sobre todo dentro del campo de la aplicación, se obra como si esto fuese así, ya que se aplican técnicas que se consideran exitosas en sí mismas sin estudiar previamente las características del sujeto concreto sobre las que se aplican. Este es el caso de la intervención para la reducción del estrés que nos ocupa. Cada intervención será más o menos exitosa en función del tipo de individuos sobre los que se aplique, sin embargo hay muy pocos estudios controlados que investiguen este importante aspecto, como muestran Williams y Kendall (1985).

Las evaluaciones sobre sujetos han proporcionado los tipos más habituales: según su estabilidad, *ansiosos vs. controlados*; según *locus* de control, *externos vs. internos*; según estilos de afrontamiento, *activo vs. pasivo y neutro*; y según su historia previa, *novicios vs. experimentados*.

Parece que los sujetos ansiosos o sensitivos son los que presentan más problemas puesto que su mayor reactividad emocional, su umbral más bajo de percepción del dolor, les hace más vulnerables. Estos son los sujetos que presentan más complicaciones, consumen más analgésicos, colaboran peor y tardan más tiempo en recuperarse. Sin



embargo son también los sujetos que son más receptivos y que mayor beneficio obtienen de la intervención psicológica (Matthews y Ridgeway, 1984). Los sujetos cuyo estilo de afrontamiento es pasivo, generan ellos mismos un afrontamiento de las situaciones estresantes que consiste en negarlas, y no sólo no se benefician de la intervención sino que en ocasiones ésta se ha mostrado como negativa (Andrew, 1970).

Existe una investigación más detallada y minuciosa, aunque no muy copiosa, que ha llegado a precisar qué tipos de intervención pueden ser más o menos beneficiosos en función de diferencias psíquicas de los sujetos sobre los que se aplica. Esto es lo que vamos a exponer a continuación.

### **Interacción entre tipo de sujeto y tipo de intervención**

Si se consideran conjuntamente estos dos factores, parece que la información es adecuada para los sujetos que tienen las siguientes características: un estilo de afrontamiento activo, sensibilidad para la problemática que tienen delante y busca de información acerca de ella. Sin embargo, los resultados de la intervención psicológica son mejores, cuando a la información se suma la relajación (Matthews y Ridgeway, 1984; Shiple, Butt, Horwitz y Fabry, 1978; Shiple, Butt y Horwitz, 1979; Melamed, 1984). Por otra parte, los sujetos cuyo estilo de afrontamiento es la negación, parece que no se benefician de la información, pero sí de la relajación y de la distracción de la atención (Miller *et al.*, 1989). Parece que los pacientes españoles utilizan mayoritariamente este tipo de afronta-

miento (Rodríguez Marín, López y Pastor, 1989) y, por el contrario, minoritariamente la búsqueda de información (Moix Queraltó, 1990). Tanto los sujetos activos como los negadores parecen sin embargo reaccionar sin diferencias ante las intervenciones cognitivas (Ridgeway y Matthews, 1982).

La información parece actuar de diferente manera sobre los sujetos de diferente nivel cultural. La información es reductora de ansiedad en sujetos de estudios superiores, pero incrementa la ansiedad en sujetos sin estudios o estudios elementales (del Barrio y Mestre, 1988).

Los sujetos cuyo *locus* de control es externo no parecen beneficiarse de la información, pero sí de la distracción de la atención y de la relajación (Padilla, 1981; Matthews, y Ridgeway, 1984). Sin embargo los sujetos de *locus* de control interno parecen beneficiarse más de la información y de las técnicas cognitivas, lo que resulta bastante coherente (Miller, 1980; Padilla, 1981). Si se estudia la cuestión desde el punto de vista del tipo de información, la específica parece ser más útil para sujetos con *locus* de control interno, mientras que para los externos funciona mejor la información general (Auerbach, Kendall, Cutler y Levitt, 1976).

Si se combina la diferente forma de dar información con tipos de sujetos, se encuentra que la información procesual y sensorial combinadas obtiene mejores resultados en sujetos que buscan el control de la situación, mientras que resulta inconveniente en sujetos con bajo control (Padilla, 1981). En este mismo sentido apuntan los datos de Watkins (1986), cuyos trabajos muestran que las dos terapias combinadas obtienen buenos

resultados en altos controladores, pero no si sólo se administra información sobre el procedimiento.

La intervención con técnicas combinadas para discriminar sus efectos (información, relajación, distracción, reinterpretación y autoinstrucciones) muestra que con sujetos buscadores de información actúa mejor la información que el afrontamiento; por el contrario los pacientes que no buscan información se benefician más con las técnicas de afrontamiento (Martelli *et al.*, 1987).

Todo tipo de intervención psicológica parece que es más eficaz en los sujetos sin experiencia (Epstein y Fenz, 1967; Klorman, Hilper, Michael, Lagana y Sveen, 1980). Naturalmente esto es lógico puesto que es más fácil instaurar una conducta adecuada que desalojar una inadecuada y sustituirla por otra.

En líneas generales se advierte una discriminación entre la eficacia de las distintas técnicas en los diversos tipos de sujetos que se han estudiado y estas diferencias resultan ser bastante coherentes. Todo ello muestra la conveniencia de evaluar al sujeto antes de decidir que tipo de ayuda se le debe proporcionar para su afrontamiento del estrés.

## Conclusiones

Considerando los datos anteriores en conjunto, existe una evidencia aceptable, basada en los resultados de la investigación, sobre la eficacia de la intervención psicológica en el dominio del estrés, la ansiedad y los pensamientos negativos ligados a las exploraciones e intervenciones relacionadas con la salud. Pero también es evidente que queda un largo camino por recorrer y precisiones que añadir.

Parece que, entre todos los tipos de técnicas utilizables, la de información a los sujetos sobre las sensaciones que se van a tener durante la intervención es la que obtiene mejores resultados. La técnica de información sobre el proceso de la exploración y la información general obtienen también buenos resultados, pero la mayor parte de los trabajos sobre estos temas asocian la aplicación de información de sensaciones con la de información sobre el proceso de la exploración.

Entre todas las formas de control de la emoción parece que las técnicas cognitivas obtienen los mejores resultados quedando en segundo lugar la eficacia de las técnicas de relajación.

Respecto de la eficacia de la intervención psicológica en relación con los diferentes tipos de sujetos, parece claro que los que más se benefician son los que previamente se sienten más inseguros y ansiosos y buscan ayuda e información. Sin embargo, aún los sujetos que evitan la información, se benefician de las técnicas de distracción de la atención.

El ambiente en que estas investigaciones se llevan a cabo y las circunstancias concretas de algunos pacientes, justifican muchas de las deficiencias metodológicas que probablemente están en la base de las divergencias en los datos. Para que estos datos sean realmente firmes sería necesario: *a)* unificar criterios de eficacia a la hora de juzgar el éxito de las diferentes técnicas, *b)* hacer evaluaciones con instrumentos comunes y que reúnan las características psicométricas necesarias, *c)* aplicar técnicas de intervención perfectamente estructuradas y uniformes. Mientras estos aspectos metodológicos no se hayan resuelto, sólo podremos disponer de unas seguridades

limitadas y estaremos en condiciones de inferioridad a la hora de defender una intervención psicológica en donde, con los datos que poseemos, parece ser útil.

## Referencias

- ALLEN, K. D. y BLANCHARD, E.B. (1989). Videotaped modeling and film distraction for fear reduction in adults undergoing hyperbaric oxygen therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 4, 554-558.
- ANDREW, J. M. (1970). Recovery from surgery with and without preparatory instructions, for three coping styles. *Journal of Personality and Social Psychology*, 15, 223-226.
- AUERBACH, S. M.; KENDAL, P.C.; CUTTLER, H.F. y LEVITT, N.R. (1976). Anxiety, locus of control, type of preparatory information, and adjustment to dental surgery. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44, 809-818.
- BROWN, G. W. y HARRIS, T. (1989). *Life events and illness*. Nueva York: Guildford Press.
- COHEN, F. y LAZARUS, R. S. (1973). Active coping processes, coping dispositions, and recovery from surgery. *Psychosomatic Medicine*, 35, 375-389.
- COHEN, F. y LAZARUS, R.S. (1980). Coping with stress in illness. En G.C. Stone, F. Cohen y N.E. Adler (Eds.). *Health psychology: A handbook*. San Francisco: Jossey-Bass.
- CORAH, N.L. y GALE, E.N. (1984). Methods of reducing dental fear and anxiety. En J.D. Matarazzo, Sh. M. Weiss, J.A. Herd, N. E. Miller y St. M. Weiss (Eds.). (1984). *Behavioral health*. Nueva York: Wiley.
- DEL BARRIO, V. y MESTRE, V. (1988). Patrón de conducta tipo A en sujetos con infarto de miocardio. *Modificación de conducta y psicología de la salud*. Valencia: Promolibro.
- EPSTEIN, S. y FENZ, W. D. (1967). The detection of areas of emotional stress through variations in perceptual threshold and physiological arousal. *Journal of Experimental Research in Personality*, 2, 191-199.
- EYSENCK, H. (1964). *The manual of the Eysenck Personality Inventory*. Londres: University of London Press.
- EYSENCK, H. (1967). *Fundamentos biológicos de la personalidad*. Barcelona: Fontanella, 1970.
- EYSENCK, H. (1988). Health's character, *Psychology Today*, 22, 12, 28-35.
- FORTIN, F. y KIROUAC, S. (1976). A randomised controlled trial of pre-operative patient education. *International Journal of Nursery Studies*, 15, 211-221.
- GENTRY, W. D. (1985). *Behavioral medicine, work, stress and health*. Boston: Martinus Nijhoff Publishers.
- GLASS, D. C. (1977). *Behavior patterns, stress, and coronary disease*. Hillsdale, Nueva York: Erlbaum.
- GROSSARTH-MATICECK, R. (1984). Psychotherapy research in oncology. En A. Steptoe y A. Matthews. (Eds.). *Health care and human behavior*. Nueva York: Academic Press.
- HAYNES, S.G.; FEINLEIB, M.C.; LEVINE, S.; SCOTCH, N. y KANNEL W.B. (1978). The relationship of psychosocial factors to coronary heart disease in the Framingham Study. II. Prevalence of coronary heart disease.

- American Journal of Epidemiology*, 107, 384-402.
- HOLDEN-LUND, C. (1988). Effects of relaxation with guided imagery on surgical stress and wound healing. *Research in Nursing Health*, 11, 235-244.
- HOLMES, T.H. y RAHE, R. H. (1967). The social readjustment social scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11, 213-208.
- JOHNSON, J. E.; MORRISEY, F.I. y LEVENTHAL, H. (1973). Psychological preparation for endoscopic examination. *Gastrointestinal Endoscopy*, 19, 180-182.
- JOHNSON, J. E. y LEVENTHAL, H. (1974). Effects of accurate expectations and behavioral instructions on reactions during a noxious medical examination. *Journal of Personality and Social Psychology*, 29, 710-718.
- JOHNSTON, M. (1980). Anxiety in surgical patients. *Psychological Medicine*, 10, 145-152.
- KENDALL P. C.; WILLIAMS, L.; PECHACOK, T.F.; GRAHAM, L.E.; SHISSLAK, C. y HERZOFF, N. (1979). Cognitive-behavioral and patients educational interventions in cardiac catheterization procedures: Palo Alto medical psychology proyect. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 49-54.
- KAPLAN, H.B.; CASSELL, J.C. y GORES, S. (1979). Social suport and health. *Medical Care*, 15, 47-58
- KAPLAN, R. M.; ATKINS, C.J. y LENHARD, L. (1982). Coping with a stressful sigmoidoscopy: Evaluation of cognitive and relaxation preparations. *Journal of Behavioral Medicine*, 5, 67-82.
- KLORMAN, R.; HILPER, P.L.; MICHAEL, R.; LAGANA, C. y SVEEN, O.B. (1980). Effects of coping and mastering modeling on experienced and inexperienced pedodontic patien's disruptiveness. *Behavior Therapy*, 11, 385-401.
- LANGER, E.J. y RODIN, J. (1976). The effects of choice and enhanced personal responsibility for aged: A field experiment in a institucional setting. *Journal of Personality and Social Psychology*, 34, 191-198.
- LINDEMAN, C.A. y VAN AERMAN, B. (1971). Nursing intervention with the presurgical patients- the effects of structural and unstructured preoperative teaching. *Nursery Research*, 20, 319-331.
- MARTELLI, M.F.; AUERBACH, S.; ALEXANDER, J. y MERCURI, L.G. (1987). Stress management in health care setting: Matching interventions with patients coping styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 2, 201-207.
- MATARAZZO, J.D.; WEISS, Sh. M. HERD, J.A.; MILLER, N.E. y WEISS, St.M. (Eds.). (1984). *Behavioral health*. Nueva York: Wiley.
- MATTHEWS, A. y RIDGEWAY, V. (1984). Psychological preparation for surgery. En A. Steptoe y A. Matthews (Eds.). *Health care and human behavior*. Nueva York: Academic Press.
- MEICHENBAUM, D. y CAMERON, R. (1973). *Stress inoculation: A skills training approach to anxiety managemant*. Manuscrito impubli-cado, University of Waterloo.
- MELAMED, B.G. (1977). Psychological preparation for hospitalisation. En S. Rachman (Ed.). *Contributions to*

- medical psychology*, vol. I. Oxford: Pergamon.
- MELAMED, B.G. (1984). Health intervention: Collaboration for health and science. En L.B. Hammonds y C. J. Scheirer. *Psychology and health*. Washington: APA.
- MELAMED, B.G.; DEARBORN, M. y HERMECZ, D.A. (1983). Necessary considerations for surgery preparation: aged and previous experience. *Psychosomatic Medicine*, 45, 517-524.
- MELAMED, B.G.; YURCHENSON, R.; FLEECE, L.; HUTCHERSON, S. y HAWES, R. (1978). Effects of film modeling on the reduction of anxiety-related behaviors in individuals varying in level of previous experience in the stress situation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 1357-1367.
- MILLER, S.M. (1980). When is a little knowledge a dangerous thing? Coping with stressfull life-evens by monitorin vs blunting. En S. Levine y H. Ursin (Eds.). *Coping and health*. Nueva York: Plenum Press.
- MILLER, S. M.; COMBS, C. y RODRIGUEZ, L. (1989). Information, coping and control in patiens undergoing surgery and medical stressfull procedüres. En A. Steptoe y A. Appels. *Stress, personal control and health*. Nueva York: Wiley.
- MOIX QUERALTO, J. (1990). Factores que intervienen en la ansiedad prequirúrgica. *Revista de Psicología de la Salud*, 2, 3-12.
- PADILLA, G. V. (1981). Distress reduction and effects of preparatory teaching films and patient control. *Research in Nursing and Health*, 4, 375-387.
- PEARLIN, L.I. (1989). The sociological study of stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 30, 241-256.
- PICKETT, C. y CLUM, G.A. (1982). Comparative treatment strategies and their interaction wit locus of control in the reduction of postsurgical pain anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 439-441.
- RIDGEWAY, V. y MATHEWS, A. (1982). Psychological preparation for surgery: A comparison of methods. *British Journal of Clinical Psychology*, 21, 271-280.
- RODRIGUEZ MARIN, J.; LOPEZ, S. y PASTOR, M. A. (1989). Estrés por hospitalización y estrategias de afrontamiento. *Revista de Psicología de la Salud*, 1, 81-104.
- SCHWARTZ, G. E. y WEIS, S. M. (1978). Yale conference on behavioral medicine: A proposed definition and stament goals. *Journal of Behavioral Medecine*, 1, 3-12.
- SEYREK, S.K. y CORAH, L.N. (1984). Comparison of three distraction techniques in reducing stress in dental patients. *Journal of the American Dental Asociation*, 108, 327-329.
- SHIPLE, R.H.; BUTT, J.H.; HORWITZ, B. y FABRY, J.E. (1978). Preparation for a stressfull medical procedure: effect of amount of stimulus pre exposure and copin style. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46, 499-507.
- SHIPLE, R.H.; BUTT, J.H. y HORWITZ, B. (1979). Preparation to re-experience a stressfull medical examination: effect of repetius videotape exposure and coping style. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 485-492.

- SULS, J. y FLETCHER, B. (1985). The relative efficacy of avoidant and non-avoidant coping strategies. *Health Psychology, 4*, 249-288.
- STEPTOE, A. y MATTHEWS, A. (Eds.) (1984). *Health care and human behavior*. Nueva York: Academic Press.
- TANG, S.Y. y POSER E.G. (1982). Acute pain in a clinical setting: Effects of cognitive behavioral skills training. *Behavior Research and Therapy, 20*, 535-545.
- WATKINS, L.O. y EAKER, E. (1986). Preparation for cardiac catheterization: Tailoring the content instruction to coping style. *Heart and Lung, 15*, 382-389.
- WEINSTEIN, P. y STASON, W.B. (1984). Influence of dentist variables on patient behavior: Managing child behavior in the operator. En J.D. Matarazzo, Sh. Weiss, J.A. Herd, N.E. Miller y St. M. Weiss. (Eds.). (1984). *Behavioral health*. Nueva York: Wiley.
- WELLS, J.K.; HOWARD, G.S.; NOWLIN, W.F. y VARGAS M.I. (1986). Presurgical anxiety and postsurgical pain and adjustment: Effects of a stress inoculation procedure. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*, 6, 831-853.
- WILLIAMS, C.L. y KENDALL, Ph. C. (1985). Psychological aspects of patients education for stressful medical procedures. *Health Education Quarterly, 12*, 2, 135-150.
- WILSON, J.F. (1981). Behavioral preparation for surgery: Benefit or harm?. *Journal of Behavioral Medicine, 4*, 79-102.
- WILSON, J. F. (1984). Alleviating stress for hospitalized patients. *International Review of Applied Psychology, 33*, 493-503.