



Revista de PSICOLOGIA DE LA SALUD

- 3 J. Moix Queraltó
13 A. Talam y C. Saldaña
33 J. Miró y R.M. Raich
45 F. Villamarín Cid
65 J.R. de la Vega y R. Santiago
81 M.L. Romo Jiménez, L. Rodríguez Franco, M.A. Pérez San Gregorio, P.J. Mesa Cid y A. Blanco Picabia
91 M.A. Pastor, S. López J. Rodríguez, S. Sánchez, E. Salas y E. Pascual
113 S. López-Roig, M.A. Pastor, J. Rodríguez, S. Sánchez y J. Belmonte
127 S. Gismera y J. Santacrú
141 D. Maciá Antón y F.X. Méndez Carrillo
153 B. Marín, G. Marín, E.J. Pérez-Stable, R. Otero-Sabogal y F. Sabogal
173 J. Olivares Rodríguez y D. Maciá Antón
191
- Factores que inciden en la ansiedad prequirúrgica
Psicología de la Salud y Dermatología. Reflexiones teóricas y ejemplo de una investigación.
Dolor orgánico vs. dolor funcional.
Auto-eficacia y conductas relacionadas con la salud
Evaluación de un entrenamiento cognitivo-conductual para mediadores -ATS/DUE- de enfermos drogodependientes con SIDA.
Aspectos psicológicos implicados en algunas enfermedades físicas crónicas en la infancia. Una revisión de la década 1978-1988.
Expectativas de control sobre la experiencia de dolor: adaptación y análisis preliminar de la escala multidimensional de locus de control de salud.
Evaluación del estrés del paciente quirúrgico.
Tratamiento de la miopía mediante biofeedback: efectos sobre la refracción ocular.
Terapia conductual-cognitiva en un caso de cefalea en racimos.
Diferencias culturales en actitudes hacia el tabaco: una aplicación de la teoría de la acción razonada.
Tratamiento del abuso del alcohol y consumo de tabaco en un adolescente con diabetes mellitus (Tipo II).
Libros revisados

Directores:

Silverio Barriga
(Univ. de Sevilla)

Jesús Rodríguez
(Univ. de Alicante)

José Santacreu
(Univ. Autónoma Madrid)

Directores asociados:

José A.I. Carrobles
(Univ. Autónoma Madrid)

Diego Maciá
(Univ. de Murcia)

Manuel F. Martínez
(Univ. de Sevilla)

Secretario:

José A. García-Rodríguez
(Univ. de Alicante)

Coordinador Edición:

José V. Castejón
(Univ. de Alicante)

Jefe de Redacción:

Fco. Xavier Méndez
(Univ. de Murcia)

Consejo de Redacción:

Arturo Bados
(Univ. de Barcelona)

Victoria del Barrio
(U. N. E. D.)

José M^a Farré
(Univ. de Barcelona)

Juan Godoy
(Univ. de Granada)

José M^a León
(Univ. de Sevilla)

José J. Mira
(Univ. de Alicante)

Rafael Peiró
(Ayuntamiento Gandía)

Marino Pérez
(Univ. de Oviedo)

Victor Rubio
(Univ. Autónoma Madrid)

M.A. Simón
(U. Santiago Compostela)

M^a Oliva Marquez
(Univ. Autónoma Madrid)

Consejo Editorial:

Amalio Blanco
(Univ. Autónoma Madrid)

Ramón Bayés
(U. Autónoma Barcelona)

José Bermudez
(U. N. E. D.)

Johannes C. Brengelmann
(I. Max Planck, Múnich)

José Cáceres
(Univ. de Deusto)

Cristine Eiser
(Univ. de Exeter, R. U.)

J. Richard Eiser
(Univ. de Exeter, R. U.)

Rocio Fdez. Ballesteros
(Univ. Autónoma Madrid)

José L. Fdez. Trespalacios
(U. N. E. D.)

Tomás de Flores
(Univ. de Barcelona)

Francisco J. Labrador
(U. Complutense Madrid)

Vicente Pelechano
(Univ. de La Laguna)

Aquilino Polaino
(U. Complutense Madrid)

Bertran Raven
(Univ. California, L. A.)

Carmina Saldaña
(Univ. de Barcelona)

Fernando Silva
(U. Complutense Madrid)

George C. Stone
(Univ. California, S. F.)

Shelley Taylor
(Univ. California, L. A.)

José Toro
(Univ. de Barcelona)

Manuel Valdés
(Univ. de Barcelona)

Jaime Vila
(Univ. de Granada)

La Revista de Psicología de la Salud pretende servir de espacio común para que los estudiosos de la Psicología de la Salud y los profesionales de la salud puedan intercambiar información y opiniones acerca de la delimitación, definición, desarrollo y progresos del área de la Psicología de la Salud, así como para facilitar y promover el estudio y la aplicación de los resultados, principios y metodología que pueden obtenerse en la investigación sobre los diferentes tópicos de esta materia. Para ello, la RPS intentará incorporar en sus páginas trabajos de investigación teórica o empírica que sean relevantes para cualquier aspecto de la salud, del sistema y políticas de salud, dentro de un modelo biopsicosocial, y estimular la realización de descripciones, evaluaciones y valoraciones de diseños y programas de intervención psicológica y/o biopsicosocial dirigidos a sistemas, organizaciones o individuos, y referidos a la prestación de servicios clínicos individuales o grupales, de servicios comunitarios, o la formación y educación en comportamientos de salud.

INDICE

J. Moix Queraltó. Factores que inciden en la ansiedad prequirúrgica. 3.

A. Talarn y C. Saldaña. Psicología de la Salud y Dermatología. Reflexiones teóricas y ejemplo de una investigación. 13.

J. Miró y R.M. Raich. Dolor orgánico vs. dolor funcional. 33.

F. Villamarín Cid. Auto-eficacia y conductas relacionadas con la salud. 45.

J.R. de la Vega y R. Santiago. Evaluación de un entrenamiento cognitivo-conductual para mediadores -ATS/DUE- de enfermos drogodependientes con SI DA. 65.

M.L. Romo Jiménez, L. Rodríguez Franco, M.A. Pérez San Gregorio, P.J. Mesa Cid y A. Blanco Picabia. Aspectos psicológicos implicados en algunas enfermedades físicas crónicas en la infancia. Una revisión de la década 1978-1988. 81.

M.A. Pastor, S. López, J. Rodríguez, S. Sánchez, E. Salas y E. Pascual. Expectativas de control sobre la experiencia de dolor: adaptación y análisis preliminar de la escala multidimensional de locus de control de salud. 91.

S. López-Roig, M.A. Pastor, J. Rodríguez, S. Sánchez y J. Belmonte. Evaluación del estrés del paciente quirúrgico. 113.

S. Gismera y J. Santacrú. Tratamiento de la miopía mediante biofeedback: efectos sobre la refracción ocular. 127.

D. Maciá Antón y F.X. Méndez Carrillo. Terapia conductual-cognitiva en un caso de cefalea en racimos. 141.

B. Marín, G. Marín, E.J. Pérez-Stable, R. Otero-Sabogal y F. Sabogal. Diferencias culturales en actitudes hacia el tabaco: una aplicación de la teoría de la acción razonada. 153.

J. Olivares Rodríguez y D. Maciá Antón. Tratamiento del abuso del alcohol y consumo de tabaco en un adolescente con diabetes mellitus (Tipo II). 173.

Libros revisados. 191.

CONTENTS

- J. Moix Queraltó. Presurgical anxiety factors. 3.**
- A. Talarn y C. Saldaña. Health Psychology and Dermatology. 13.**
- J. Miró y R.M. Raich. Organic Pain vs. Functional Pain. 33.**
- F. Villamarín Cid. Self-efficacy and Health Behaviour. 45.**
- J.R. de la Vega y R. Santiago. Evaluation of a behavioural-cognitive programme for caregivers of drug abuses with AIDS. 65.**
- M.L. Romo Jiménez, L. Rodríguez Franco, M.A. Pérez San Gregorio, P.J. Mesa Cid y A. Blanco Picabia. Psychological aspects in children's chronic physical illnesses: A Review. 81.**
- M.A. Pastor, S. López, J. Rodríguez, S. Sánchez, E. Salas y E. Pascual. Control Expectancies over pain experience: A spanish multidimensional Health Locus of Control Scale. 91.**
- S. López-Roig, M.A. Pastor, J. Rodríguez, S. Sánchez y J. Belmonte. Assessment of surgical patients' stress. 113.**
- S. Gismera y J. Santacrú. A care of functional myopia treatment by biofeedback. 127.**
- D. Maciá Antón y F.X. Méndez Carrillo. Cognitive-Behavioural Therapy: A care of chronic cluster headache. 141.**
- B. Marín, G. Marín, E.J. Pérez-Stable, R. Otero-Sabogal y F. Sabogal. Cultural Differences in Attitudes toward Smoking: Developing Messages Using the Theory of Reasoned Action. 153.**
- J. Olivares Rodríguez y D. Maciá Antón. Drinking alcohol and smoking tobacco behaviour in adolescents: Cognitive-behavioural Intervention. 173.**
- Books Reviews. 191.**

FACTORES QUE INCIDEN EN LA ANSIEDAD PREQUIRÚRGICA*

Jenny Moix Queraltó

Universidad Autónoma de Barcelona

RESUMEN

Cada día son más numerosos los estudios que indican que la ansiedad prequirúrgica influye en la recuperación postquirúrgica, en el sentido de que los pacientes más ansiosos antes de la operación son los que sufren una recuperación más larga y difícil. Por tanto, si supieramos de qué depende esta ansiedad no sólo estaríamos más capacitados para reducirla, sino que también podríamos facilitar la recuperación postquirúrgica. El objetivo de este trabajo fue comprobar de qué factores depende la ansiedad prequirúrgica. La ansiedad se evaluó a través de la escala estado reducida del State-Trait Anxiety Inventory (STAI), un día antes de la intervención quirúrgica. La muestra del presente trabajo estuvo compuesta por 32 pacientes varones, con edades comprendidas entre los 24 y 65 años, aquejados de hernia inguinal. Los resultados indican que la evaluación de amenaza y control de los pacientes ante la intervención quirúrgica explican un 37% de la variabilidad de la ansiedad prequirúrgica.

* Este trabajo ha sido realizado gracias a la ayuda PB86-0124 de la Dirección General de Investigación Científica y Técnica del Ministerio de Educación y Ciencia.

ABSTRACT

The empirical evidence which indicates the presurgical anxiety influence on postsurgical recovery is increasing day by day. This evidence points out that when presurgical anxiety increases, postsurgical recovery becomes longer and more difficult. Therefore, if we could know which factors are affecting presurgical anxiety, we would be able to reduce this anxiety and to facilitate recovery. The goal of the present study was to investigate which factors are affecting presurgical anxiety. This anxiety was measured the day before surgery by a short form of the State-Trait Anxiety Inventory (STAI). Thirty-two male patients with inguinal hernia, between the ages of 24 and 65 served as subjects. The results indicate that threat and control appraisals made by patients explain 37% of variance in presurgical anxiety.

FACTORES QUE INCIDEN EN LA ANSIEDAD PREQUIRÚRGICA

El estudio de la ansiedad adquiere una especial relevancia en el campo de las intervenciones quirúrgicas. No sólo porque la ansiedad constituye una reacción usual en las personas que deben ser intervenidas, sino también por las consecuencias negativas que puede tener en la recuperación postquirúrgica. Numerosos estudios indican que los sujetos más ansiosos antes de someterse a una operación, son también los que sufren una recuperación más larga o difícil (Johnson, Leventhal y Dabbs, 1971; Linn, Linn y Klimas, 1988; Rodríguez-Marín, López y Pastor, 1990; Sime, 1976; Spaulding, 1983; Wolfer y Davis, 1970).

Debido a esta influencia negativa de la ansiedad en la recuperación postquirúrgica, se han empezado a aplicar técnicas psicológicas a pacientes quirúrgicos con la finalidad de reducir la ansiedad y, así, facilitar la recuperación. La efectividad de las mismas está siendo ampliamente estudiada, obteniéndose resultados sumamente alentadores.

En términos generales, los sujetos a los que se aplican dichas técnicas, comparados con otros controles en las mismas condiciones, son los que: experimentan menos ansiedad, tardan menos días en recuperarse, sufren menos complicaciones, toman menos analgésicos, etc. (Holden-Lund, 1988; Johnson, Fuller, Endres y Rice, 1978; Melamed y Siegel, 1975; Pickett y Clum, 1982; Pinto y Hollandworth, 1989; Reading, 1982; Schindler, Shook y Schwartz, 1989; Viney, Clarke, Bunn y Benjamin, 1985; Wallace, 1984; Wells, Howard, Nowling y Vargas, 1986). Todo lo cual no sólo significa una reducción en el costo "humano", sino también en el económico. La disminución de los costos monetarios

que supondría la aplicación de estas técnicas en nuestro país es fácil de imaginar. Para comprender el alcance de este beneficio económico, sólo debemos pensar en que la aplicación de dichas técnicas produce una disminución en la estancia hospitalaria y en el elevado precio que supone un día en el hospital. De igual forma, la aplicación de estas técnicas podría representar una contribución positiva al problema de las largas listas de espera que caracteriza a la mayoría de los hospitales de nuestro país.

Comprender de qué factores depende la ansiedad prequirúrgica, permitiría mejorar las técnicas que se emplean actualmente para reducirla. Aumentando, por tanto, los beneficios citados. A raíz de esta conveniencia, fijamos el objetivo del presente trabajo. Este consistió en comprobar de qué factores depende la ansiedad prequirúrgica.

Según Lazarus y Folkman (1984/86), la ansiedad que experimentan las personas ante una situación determinada depende, fundamentalmente, de cómo la evalúan y de cómo la afrontan. Más concretamente, estos autores defienden que los sujetos sufren más ansiedad, cuanto más amenazante y menos controlada perciben la situación ante la que se encuentran y menos adecuadas son sus estrategias de afrontamiento.

Partiendo de estos argumentos, elaboramos la hipótesis de la presente investigación. Ésta defiende que la ansiedad que sufren los pacientes antes de someterse a una intervención quirúrgica depende de cuatro factores. Estos son: el grado de amenaza, la evaluación de control, las estrategias de afrontamiento empleadas, y el estrés sufrido por motivos ajenos a la intervención. Este último factor se incluyó en la hipótesis, dado que consideramos que la ansiedad sufrida por los pacientes antes de la intervención también puede estar influida por sus problemas personales no relacionados con la misma.

MÉTODO

Sujetos

La muestra estuvo compuesta por 32 sujetos varones, con edades comprendidas entre los 24 y los 65 años, sin antecedentes psiquiátricos y aquejados de hernia inguinal electiva.

Material

Las variables que se evaluaron fueron cinco: la ansiedad estado, la amenaza, el control, las estrategias de afrontamiento y el estrés generado por motivos ajenos a la intervención.

Todos los cuestionarios que se describen a continuación fueron heteroadministrados.

a) Ansiedad

Para la evaluación de la ansiedad se utilizó la escala estado reducida del "State-Trait Anxiety Inventory" (STAI) (O'Neil, Spielberger y Hansen, 1969).

b) Amenaza

Con el fin de evaluar el grado de amenaza que generaba el hecho de someterse a una intervención quirúrgica, diseñamos un cuestionario. En el mismo, se preguntaba a los sujetos si estaban preocupados por alguno de los ocho puntos que se les enumeraban. Estos puntos hacían referencia a distintos aspectos de la intervención y la hospitalización. En concreto, se referían a: 1) el hecho de dejar de trabajar; 2) los posibles problemas económicos derivados de la hospitalización; 3) el cambio de costumbres que supone la hospitalización; 4) el tiempo necesario para la completa recuperación; 5) la reaparición de la hernia; 6) el dolor o molestias postoperatorias; 7) la anestesia; y 8) los posibles problemas durante la intervención.

Las respuestas a cada uno de estos items se registraron en escalas de cinco puntos. A mayor amenaza, mayor puntuación.

c) Control

El control se evaluó a través de una escala original. Consideramos que el hecho de que un sujeto evalúe la situación de someterse a una intervención y hospitalizarse como más o menos controlada depende del grado en que cree que: su organismo, su estado psicológico, los cirujanos, el personal sanitario y el hospital, están preparados para hacer posible que todo transcurra sin problemas. Para cada una de estas cinco cuestiones, formulamos una pregunta. Las respuestas se registraron en escalas de cinco puntos. A mayor control, mayor puntuación.

d) Estrategias de Afrontamiento.

Las estrategias de afrontamiento se evaluaron mediante el cuestionario de Stone y Neale (1984). Este instrumento evalúa si el sujeto ha empleado o no alguna estrategia de afrontamiento que se incluya en las categorías siguientes: 1) distracción, 2) redefinición de la situación, 3) acción directa, 4) catarsis, 5) aceptación, 6) búsqueda de apoyo social, 7) relajación, 8) religión, y 9) búsqueda de información.

e) Estrés por problemas ajenos.

Por último, el cuestionario empleado para evaluar el estrés generado por problemas ajenos a la intervención fue extraído del trabajo de Borrás, Casas, Roldán, Bayés y Cuchillo (1988). Las preguntas de este instrumento hacen referencia a cuatro grandes áreas (salud, economía, relaciones interpersonales y trabajo). Acerca de cada área se preguntaba al sujeto: hasta qué punto se había preocupado por algún hecho o hechos que se encontraran dentro de la misma. Las respuestas se registraban en escalas de tres puntos. A mayor estrés, mayor puntuación.

Procedimiento

La presente investigación se llevó a cabo en el Hospital Comarcal de Sant Joan de Déu, ubicado en Martorell (Barcelona).

Las mediciones se llevaron a cabo el día en que los sujetos acudían al hospital para ser ingresados; esto es, el día anterior a la intervención.

RESULTADOS

Con el fin de comprobar la hipótesis, se efectuó un análisis de regresión múltiple por pasos en el que la ansiedad constituyó la variable dependiente (véase Tabla 1).

Tabla 1.- Analisis de Regresión Múltiple. Predictores de la Ansiedad Prequirúrgica

Predictores	r	R Mult.	R ²	Camb. R ²	F	G.L.	p
Amenaza	.49**	.49	.24	.24	9.74	1,30	**
Control	-.47**	.61	.37	.13	8.71	2,29	***
Estrés p.a.	.39*						
Distracción	-.11						
Redefinición s.	.35*						
Búsqueda a.s.	.17						
Relajación	.14						
Religión	.18						
Búsqueda inf.	.08						

Estrés p.a. = estrés generado por problemas ajenos, Redefinición s. = redefinición de la situación, Búsqueda a.s. = búsqueda de apoyo social, Búsqueda inf. = búsqueda de información.

*p < .05, **p < .01, ***p < .001

En la tabla 1, podemos observar como la percepción de control y amenaza que posee el sujeto ante el hecho de someterse a una intervención explica el 37% de la variancia de la ansiedad prequirúrgica. En el sentido de que cuanto más amenazante se evalúe dicha situación y menos controlada se perciba, más ansiedad sufre el paciente.

Si estudiamos la Tabla 1, podemos observar asimismo como el estrés provocado por problemas ajenos a la intervención, se relaciona de forma significativa con la ansiedad prequirúrgica. Concretamente, los resultados señalan que los pacientes que han sufrido un mayor grado de estrés por problemas personales son los que sufren más ansiedad el día anterior a la operación. Igualmente, en esta tabla, podemos apreciar que aquellos sujetos que redefinen la situación (intentan ver el lado positivo de la misma) experimentan mayor grado de ansiedad prequirúrgica que los pacientes que no utilizan esta estrategia de afrontamiento.

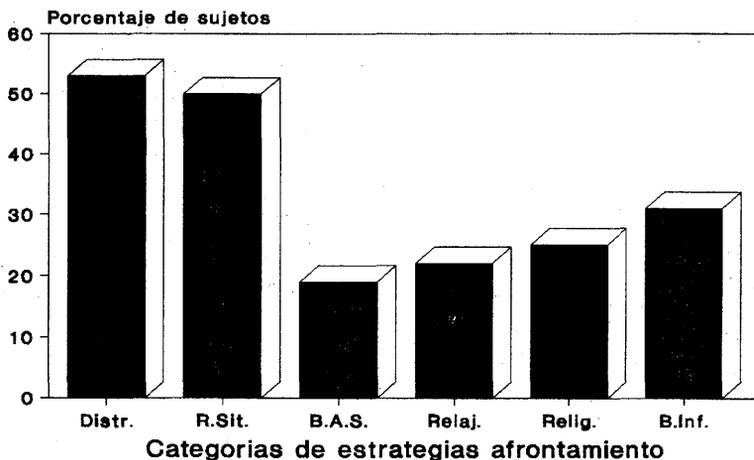
Ninguno de estos dos factores (estrés generado por motivos ajenos y redefinición de la situación) son incluidos en la ecuación de regresión. Ello se debe a que ambos factores parecen estar ligeramente relacionados con alguna de las variables predictoras.

En términos más específicos, el estrés provocado por problemas personales parece estar relacionado con la evaluación de control ($r = -.33, p = .06$). Y la estrategia "redefinición de la situación" se encuentra ligeramente relacionada con la evaluación de amenaza ($r = .31, p = .08$). Esto es, los individuos que sufren un mayor grado de estrés por motivos personales son los que perciben la situación de someterse a una intervención como menos controlada. Y aquellos pacientes que redefinen la situación de intervenir quirúrgicamente son los que perciben mayor amenaza ante la misma.

En este análisis no se incluyeron las estrategias "Acción directa", "Aceptación" y "Catarsis" como posibles variables predictoras dado que no aportaron información alguna sobre los sujetos. Estas variables no aportaron información debido a que ninguno de los sujetos consideró haber adoptado estrategias que se pudieran clasificar dentro de la categoría "Acción directa"; todos afirmaron emplear estrategias de "Aceptación" y sólo uno de ellos afirmó utilizar estrategias incluidas dentro de la categoría "Catarsis".

Respecto al resto de categorías, el porcentaje de los pacientes que utilizaron cada una de ellas puede observarse en la figura 1.

Figura 1.- Porcentaje de pacientes que emplean las estrategias de afrontamiento incluidas en cada categoría.



Cada persona puede utilizar más de una estrategia de afrontamiento. (Distr. = distracción; R.Sit. = redefinición de la situación; B.A.S. = Búsqueda de apoyo social; Relaj. = Relajación; Relig. = Religión; B.Inf. = Búsqueda de información).

Como podemos apreciar en la figura 1, las estrategias más empleadas fueron: la distracción y la redefinición de la situación. Por el contrario, la estrategia menos utilizada fue la búsqueda de apoyo social.

DISCUSIÓN

Los resultados del presente estudio parecen apoyar, en cierta medida, el modelo de Lazarus y Folkman (1984/86). Los sujetos que perciben el hecho de intervenir quirúrgicamente como más amenazante y menos controlado son los que experimentan más ansiedad. En otras palabras, parece ser que el modo de evaluar la situación determina, en cierto grado, la ansiedad.

Respecto a las estrategias de afrontamiento, la llamada redefinición de la situación parece ser la única que se encuentra relacionada con la ansiedad prequirúrgica. El hecho de que los pacientes que intentan ver el lado positivo de la intervención sean los más ansiosos, nos conduce a pensar que quizá, en este caso, esta estrategia más que actuar como condición antecedente de la ansiedad es consecuencia de la misma. Es decir, consideramos que sufrir ansiedad impulsa a los sujetos a emplear esta estrategia. Parece más probable esta hipótesis que pensar que sucede al contrario. Esto es, que el hecho de ver el lado positivo de someterse a una intervención provoque ansiedad en los sujetos.

A nivel aplicado, los resultados obtenidos nos sugieren que para disminuir la ansiedad prequirúrgica, probablemente sería adecuado disminuir la amenaza que provoca el hecho de someterse a una intervención y aumentar el control que el sujeto percibe sobre esta situación. Basándonos en las preguntas que se han utilizado para medir estos conceptos, esta sugerencia debería traducirse de la siguiente forma: reducir la preocupación sobre diferentes aspectos de la intervención y hospitalización (por ej. anestesia, dolor postoperatorio, etc.) y aumentar la confianza en los cirujanos, el hospital, el propio organismo, etc.

Los factores analizados en el presente trabajo explican un 37% de la ansiedad prequirúrgica, lo cual significa que todavía resta un 63% por explicar. Por tanto, la investigación en esta área debe continuar con el fin de aumentar la precisión al predecir la ansiedad prequirúrgica.

REFERENCIAS

- Borrás, F.x.; Casas, J.M.; Roldan, R.M.; Bayés, R. y Cuchillo, C.M. (1988): Estrés y estimulabilidad linfocitaria. *Psyquis*, 9, 360-365.
- Holden-Lund, C. (1988): Effects of relaxation with guided imagery on surgical stress and wound healing. *Research in Nursing & Health*, 11, 235-244.
- Johnson, J.E.; Fuller, S.S.; Endress, M.P. y Rice, V.H. (1978): Altering patients' responses to surgery: an extension and replication. *Research in Nursing and Health*, 1, 111-121.
- Johnson, J.E.; Leventhal, H. y Dabbs, J.M. (1971): Contribution of emotional and instrumental response processes in adaptation to surgery. *Journal of Personality and Social Psychology*, 20, 55-64.
- Lazarus, R.S. y Folkman, S. (1986): *Estrés y procesos cognitivos* (M. Zaplana, Trad.). Barcelona: Martínez Roca. (Trabajo original publicado en 1984).
- Linn, B.S.; Linn, M.W. y Klimas, N.G. (1988): Effects of psychophysical stress on surgical outcome. *Psychosomatic Medicine*, 50, 230-244.
- Melamed, B.G. y Siegel, L.J. (1975): Reduction of anxiety in children facing hospitalization and surgery by use of filmed modeling. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 511-521.
- O'Neil, H.F.; Spielberger, C.D. y Hansen, D.N. (1969): The effects of state anxiety and task difficulty on computer-assisted learning. *Journal of Educational Psychology*, 60, 343-350.
- Pickett, C. y Clum, G.A. (1982): Comparative treatment strategies and their interaction with locus of control in the reduction of postsurgical pain and anxiety. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 439-441.
- Pinto, R.P. y Hollandsworth, J.G. (1989): Using videotape modeling to prepare children psychologically for surgery: influence of parents and costs versus benefits of providing preparation services. *Health Psychology*, 8, 79-95.
- Reading, A.E. (1982): The effects of psychological preparation on pain and recovery after minor gynaecological surgery: a preliminary report. *Journal of Clinical Psychology*, 38, 504-512.
- Rodríguez-Marín, J.; López, S. y Pastor, M.A. (1990): Estilos de afrontamiento de la hospitalización y de la cirugía. En *II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos* (Area 5: Psicología y Salud: Psicología de la Salud) (pp. 195-199). Valencia: Colegio Oficial de Psicólogos.

Schindler, B.A.; Shook, J., y Schartz, G.M. (1989): Beneficial effects of psychiatric intervention on recovery after coronary artery bypass graft surgery. **General Hospital Psychiatry**, 11, 358-364.

Sime, A.M. (1976): Relationship of preoperative fear, type of coping, and information received about surgery to recovery from surgery. **Journal of Personality and Social Psychology**, 34, 716-724.

Spaulding, H.CH. (1983): Pain, anxiety and depression in orthopedic surgery patients. **Dissertation Abstracts International**, 43, 3855-A.

Stone, A.A. y Neale, J.M. (1984): New measure of daily coping: development and preliminary results. **Journal of Personality and Social Psychology**, 46, 892-906.

Viney, L.L.; Clarke, A.M.; Bunn, T.A. y Benjamin, Y.N. (1985): The effect of a hospital-based counseling service on the physical recovery of surgical and medical patients. **General Hospital Psychiatry**, 7, 294-301.

Wallace, L.M. (1984): Psychological preparation as a method of reducing the stress of surgery. **Journal of Human Stress**, summer, 62-75.

Wells, J.K.; Howard, G.S.; Nowling, W.F. y Vargas, M.J. (1986): Presurgical anxiety and postsurgical pain and adjustment: effects of a stress inoculation procedure. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 54, 831-835.

Wolfer, J.A. y Davis, C.E. (1970): Assesment of surgical patients' preoperative emotional condition and postoperative welfare. **Nursing Research**, 19, 402-414.

Correspondencia:

Jenny Moix Queraltó
Laboratori de Conducta
Universitat Autònoma de Barcelona
Apartado de Correos 29
08193 Bellaterra
Barcelona.

**PSICOLOGIA DE LA SALUD Y DERMATOLOGIA.
REFLEXIONES TEORICAS Y EJEMPLO DE UNA INVESTIGACION.**

Talarn, A. y Saldaña, C.

*Dept. Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos.
Facultad de Psicología. Univ. de Barcelona.*

RESUMEN

En el presente trabajo se revisan una serie de estudios realizados desde una perspectiva conductual sobre problemas dermatológicos. Esta revisión permite constatar la práctica ausencia de investigación básica sobre el tema en cuestión, así como que la aplicación de estrategias conductuales a la Dermatología es aún muy escasa. Además, presentamos una investigación realizada con una muestra de 32 mujeres con Acné Vulgaris (AV) asignadas a 4 grupos de tratamiento diferentes: 1) médico; 2) entrenamiento en **biofeedback** electromiográfico (BF EMG); 3) la combinación de los dos anteriores (médico más BF EMG); y 4) control en lista de espera. Los resultados muestran que al final de la intervención y en el seguimiento realizado al año que el BF EMG se mostró como un procedimiento útil para el tratamiento del AV, si bien no en mayor medida que el tratamiento médico. Esta investigación pone de manifiesto la aplicabilidad de estrategias conductuales en los problemas dermatológicos, abriendo nuevos caminos de colaboración entre dermatólogos y psicólogos de la salud.

ABSTRACT

In the present work different studies carried out from a behavioral perspective on dermatological problems are revised. This revision allows to confirm the practical absence of basic research about this topic and the fact that the application of behavioral strategies to Dermatology it is still very limited. Furthermore, we present a research work that has been done with a sample of 32 women with Acne Vulgaris (AV) assigned to 4 different treatment groups: 1) medical treatment; 2) electromyographic biofeedback training (EMG BF); 3) the combination of the two previous (medical plus EMG BF) and, 4) control on waiting list. Results showed that at posttreatment and the one year follow-up the EMG BF appeared as a useful procedure for the AV treatment, although the effect was not greater than that of the medical treatment. This research states the applicability of behavioral strategies to dermatological problems, opening new ways of collaboration between dermatologists and health psychologists.

INTRODUCCION

Que la Medicina Conductual ha experimentado en menos de 15 años un desarrollo espectacular es una cuestión de la que nadie duda hoy en día. En efecto, desde los primeros intentos en pos de su definición e identidad (Schwartz y Weiss, 1978) hasta su etapa actual de plena consolidación (Kaptein, Ploeg, Garssen, Schreurs y Beunderman, 1990; Saldaña, 1984) la Medicina Conductual ha ido ampliando de modo considerable su campo de investigación y aplicación. De este modo casi no queda, hoy por hoy, ningún campo de la medicina aplicada en la que los Psicólogos de la Salud no participen de un modo u otro. De acuerdo con Carrobes (1984) las aplicaciones de la Modificación de Conducta dentro del ámbito de la Medicina Conductual son:

Intervención en problemas tradicionalmente considerados como "médicos": obesidad, hipertensión arterial, diabetes, trastornos cardíacos, etc.

Intervención para potenciar o facilitar el tratamiento médico: pacientes quirúrgicos, cumplimiento, relaciones médico-paciente, formación de personal, etc.

Prevención en cualquiera de sus tres modalidades

Aplicación del **biofeedback** a problemas orgánicos: psicósomáticos, neuromusculares, etc.

Dentro de este panorama, las teorías y técnicas propias de la Modificación de Conducta podrían tener cabida en un campo tradicionalmente descuidado por los profesionales de este tipo, nos referimos a la dermatología. En efecto, si revisamos las aportaciones de la Modificación de Conducta a la dermatología vemos que, al menos comparativamente con otras especialidades médicas, estas son bastante escasas (Talarn, 1988). Escasas a pesar de la conocida importancia de la piel para el ser humano (Montagu, 1986), de los constantes reclamos de colaboración por parte de los propios dermatólogos (Koblenzer, 1986; Moffaert, 1896), de los trabajos de autores de línea psicoanalítica que insistían sobre este tema (Alexander, 1952; Ammon, 1979; Anzieu, 1974; Bick, 1968; Bion, 1961; Fenichel, 1951) y de las numerosas clasificaciones de trastornos dermatológicos en las que se mencionan factores psicológicos de modo insistente (Bassi, 1977; Cariello, 1980; Koblenzer, 1987; Rook y Wilkinson, 1982; Shanon, 1984; Walton, 1985). A pesar de, insistimos, todos estos apuntes sobre el papel de los factores psicológicos en la dermatología los estudiosos de la Modificación de Conducta se han mostrado bastante ajenos al tema en cuestión. Para mostrar hasta que punto esta situación se mantiene en este momento revisaremos la bibliografía más importante al respecto. En la Tabla 1 se muestra un resumen de esta revisión.*

Tabla 1.

TEMATICA	AUTORES Y AÑO	MUESTRA	TIPO DE INVESTIGACION TIPO DE TRATAMIENTO	RESULTADOS
Dermatitis atópica	Walton, 1960	1	Aplicada.	Desaparición del rascado. Piel sana el seg. a 4 años.
Rascado			Retirada del reforzamiento social.	
Neurodermatitis	Jordan y Whitlock, 1972 y 1974	18	Básica. Estudio del posible cond. clásico del rascado en dermatitis atópica.	Mayor condicionamiento del rascado en pacientes que en controles.

* Se excluyen de esta revisión los numerosos trabajos dedicados a la tricotilomanía. Para información sobre el tema véase la revisión de Friman, Finney y Christophersen (1984)

TEMATICA	AUTORES Y AÑO	MUESTRA	TIPO DE INVESTIGACION TIPO DE TRATAMIENTO	RESULTADOS
	Robertson, Jordan y Whitlock, 1975	11	Básica. Estudio del posible cond. clásico del rascado en el líquen plano.	Respuestas de rascado condicionadas. Se dan con frecuencia en situaciones de ansiedad.
	Manuso, 1977	1	Aplicada. Entrenamiento en BF EMG y de temperatura (13 sesiones).	Remisión completa. Piel sana en seg. a 6 meses.
	Haynes, Wilson, Jaffe y Briton, 1982	8	Aplicada. BF EMG + entrenamientos de relajación (8 sesiones).	6 sujetos mejoraron o mejoraron mucho. Se mantienen resultados en seg. a 12 meses.
	Gray y Lawlis, 1982	1	Aplicada. BF EMG + entrenamientos de relajación, visualización y manejo de estrés (10 sesiones).	Los niveles EMG no decrecen pero si el picor y el rascado. Empeoramiento en el seg.
	Pal Hegedus, 1985	1	Aplicada. Reversión del hábito de rascado.	Desaparición total del rascado. Se mantienen resultados en seg. a 1 año.
	Faulstich, Williamson, Duchmann, Conerly y Brantley, 1985	10	Básica. Estudio de posible "arousal" más elevado en pacientes con dermatitis atópica que en los controles.	Pacientes muestran mayor reactividad autonómica. Medidas de EMG, ECG y cuestionarios de ansiedad.
	Melin, Frederiksen, Noven y Swebilius, 1986	17	Aplicada. Reversión del hábito + tratamiento médico comparado con el tratamiento médico solo.	Ambos grupos mejoran, pero el grupo de 2 tratamientos mejoró más.
	Gil, Kefee, Sampson, McCaskill, Rodin y Crison, 1986	30	Básica. Observación directa de niños con dermatitis atópica.	Las respuestas de los padres determinan el rascado de los niños.

TEMATICA	AUTORES Y AÑO	MUESTRA	TIPO DE INVESTIGACION TIPO DE TRATAMIENTO	RESULTADOS
	Cole, Roth y Sacha, 1986	10	Aplicada. Entrenamiento en relajación + reversión del hábito + habilidades de afrontamiento (12 semanas).	Mejoría significativa en todos los casos. Mantiene resultados en el seg. a 1 mes.
	McMenamy, Katz y Gipson, 1988	5	Aplicada. BF EMG + entrenamiento en relajación (5 sesiones).	3 sujetos asintomáticos en seg. a 2 años (2 sujetos no localizables)
Herpes	McLarmon y Kaloupek, 1986	16	Aplicada. Reestructuración cognitiva versus discusión en grupo (5 semanas).	Grupo de reestructuración cognitiva presentó menos lesiones en el seg.
Psoriasis	Waxman, 1973	1	Aplicada. Relajación bajo hipnosis + hipnoanálisis + desensibilización sistemática + exposición in vivo + entrenamiento asertivo + autohipnosis (15 sesiones).	Curación total. Se mantiene el resultado en seg. a los 10 meses.
	Benoit y Harrels, 1980	3	Aplicada. BF de temperatura (6 sesiones).	Mejoría en el post tratamiento que desaparece en el seg. a 4 meses.
	Bremer-Schulte, Cormane, Dijk, Wuite, 1985	28	Aplicada. Discusión en grupo + entrenamiento en relajación con objetivo mejorar habilidades, estrategias, etc., no la psoriasis.	Disminución del consumo de medicamentos, de la vergüenza. Aumento de las habilidades sociales.
	Arnetz, Fjellner, Erenoth y Kallner, 1985	10 + 10	Básica. Exposición a agentes estresores, diferentes medidas metabólicas y endocrinas.	Bajo condiciones de estrés los enfermos muestran una mayor reacción metabólica y mayor tensión general.
Hiperhidrosis Eczema dishidrótico	Bar y Kuiper, 1973	1	Aplicada. Entrenamiento asertivo + desensibilización sistemática.	Mejoría (mal especificada). Se mantiene en seg. a 1 año.

TEMATICA	AUTORES Y AÑO	MUESTRA	TIPO DE INVESTIGACION TIPO DE TRATAMIENTO	RESULTADOS
	Miller, Coger y Dymond, 1974	4	Aplicada. BF de la conductancia cutánea.	2 pacientes mejoraron, 1 no y 1 empeoró.
	Miller y Coger, 1979	22	Aplicada. BF de la conductancia cutánea.	16 pacientes mejoraron.
	Duller y Gentry, 1980	14	Aplicada. BF específicamente diseñado para registrar el sudor.	11 pacientes mejoraron mucho. Mantenimiento del resultado en seg. a los 6 meses.
Eritema sintomático (Enrojecimiento)	Gibbs, 1965	1	Aplicada. Entrenamiento asertivo.	Curación total. Mantenimiento de resultado en seg. a los 6 meses.
	Bar y Kuipers, 1973	1	Aplicada. Entrenamiento asertivo.	Curación total. Mantenimiento de resultado en seg. a los 6 meses. Gran mejora en habil. sociales.
Alopecia Pústulas	Cárdenas, Jarzoso, Martínez y Navarro, 1988	1	Aplicada. Ensayo conductual.	Alopecia mejorada. Pústulas curadas.
Acné	Hughes, Brown, Lawlis y Fulton, 1983	30	Aplicada. Grupos de tratamiento: A- BF EMG + ent. relajación. B- discusión de grupo. C- médico.	Grupo A mejoró, B y C no. Los resultados del grupo A no se mantuvieron en seg. a las 6 semanas.
	Flanders y McNamara, 1985	42	Aplicada. Estrategias para mejorar adherencia al tratamiento médico. Grupos: A- control. B- automonitoreo. C- contrato no contingente. D- contrato contingente.	Los grupos B, C y D presentan mayor adherencia al tratamiento y mejores resultados en su acné, pero no difieren entre sí.
Prurito	Lamontagne, 1978	1	Aplicada. BF EMG + entrenamiento en relajación (10 sesiones).	Mejoran el 40% de los nódulos. Se mantiene la mejora en seg. a los 6 meses.
	Sartri, Cossidente y Giorgini, 1980	1	Aplicada. BF EMG + entrenamiento en relajación (15 sesiones).	Desaparición del prurito diurno y mejoría del nocturno. Se mantiene en seg. a los 6 meses.

TEMATICA	AUTORES Y AÑO	MUESTRA	TIPO DE INVESTIGACION TIPO DE TRATAMIENTO	RESULTADOS
Dermatitis exfoliativa	Cataldi, Varni y Russo, 1980	1	Aplicada. Reversión del hábito de rascado + reforzamiento social contingente al no rascado (48 sesiones)	Disminuye el rascado y las excoriaciones. No hay seg.

De la revisión efectuada podemos deducir algunas reflexiones sobre la aplicación de las teorías y técnicas de la Modificación de Conducta a la Dermatología.

En primer lugar se observa que no hay líneas claras de trabajo que se prolonguen a lo largo de diferentes años y en las que estén involucrados grupos más o menos estables de autores o instituciones.

En segundo lugar, el escaso número de investigaciones básicas. Destacan, en este tipo de trabajos, los destinados a encontrar un modelo explicativo de la conducta del rascado. Otra línea de investigación básica esta destinada al estudio de las posibles diferencias entre sujetos con trastornos y sujetos normales. Consideramos que es necesario un mayor número de investigaciones que permitan generar un modelo teórico, desde la perspectiva cognitivo-conductual, sobre diferentes trastornos dermatológicos. Si bien parece claro que la conducta de rascado esta bajo las influencias de los estímulos externos es difícil aplicar este modelo a aquellos trastornos donde la conducta del sujeto es "encubierta" y no incluye la manipulación de la piel y, sin embargo, se reconocen factores psicológicos en su inicio, curso, recidivas, etc (véase, por ejemplo, trastornos tales como el vitiligo, la alopecia, etc.).

La mayoría de las investigaciones son de tipo aplicado. De ellas se puede deducir que:

1. Se ha trabajado con muestras poco numerosas y abundan los estudios de caso único.
2. Se obtienen buenos resultados en la mayoría de los casos.

3. Los buenos resultados suelen mantenerse en los seguimientos efectuados, si bien estos seguimientos son a corto o medio plazo.
4. La metodología aplicada es, por lo general, poco consistente. Muy pocos estudios tratan de efectuar comparaciones con diferentes tipos de tratamientos.
5. El entrenamiento asertivo, las técnicas de relajación, el biofeedback en diferentes modalidades y la reversión del hábito del rascado parecen ser las técnicas más empleadas.
6. Otras áreas de aplicación no referidas al tratamiento propiamente dicho aparecen muy descuidadas. Pocos estudios hacen referencia a la adherencia al tratamiento médico, al soporte psicológico de los pacientes, etc; prácticamente ninguno se ocupa de la prevención primaria.

Ante este panorama consideramos que aún no podemos hablar de Psicología de la Salud -o Medicina Conductual- aplicada a la Dermatología como un campo de estudio e intervención claramente definido y delimitado. Pensamos que estamos en una etapa inicial, de aplicación de algunas técnicas y teorías propias de la Modificación de Conducta a un número limitado de trastornos dermatológicos. Falta, quizá, un cierto tiempo para que los psicólogos de la salud puedan integrar sus conocimientos con los profesionales de la dermatología, del mismo modo que esta integración ha sido posible en otros campos de la medicina, tales como la neurología, cardiología, pediatría, endocrinología, oncología, etc.

Dentro de esta etapa inicial un equipo de psicólogos de la Unidad de Terapia de Conducta de la Facultad de Psicología de la Universidad de Barcelona ha efectuado la investigación que a continuación se presenta. No era nuestra pretensión el superar el estado de la cuestión planteada en las líneas precedentes, superación esta que es tarea de todo un colectivo de profesionales y no sólo de un equipo de trabajo, tan sólo pretendíamos presentar un trabajo con un cierto rigor metodológico que permitiese afianzar nuestros conocimientos en esta área.

INVESTIGACION*

Escojimos el trastorno denominado "Acné Vulgaris" (AV) por diferentes motivos: a) Su prevalencia entre la población general es muy elevada; Fellowes, Billewicz y Thompson (1981) hallaron una prevalencia del 75-80% en mujeres de 15 a 16 años de edad y del 90-95% en varones de 17 a 18 años; b) Suele ser un trastorno refractario al abordaje medicamentoso (August, 1985); c) Es un trastorno cuya organicidad es indiscutible; y d) La escasez de trabajos conductuales sobre el mismo.

El AV es una dermatosis inflamatoria que afecta a los folículos pilosebáceos y tejidos adyacentes. Suele seguir un curso crónico que requiere intervención profesional en la mayoría de los casos. Se localiza ahí donde hay mayor concentración de glándulas sebáceas, responsables, en última instancia del trastorno, esto es, en la cara, el cuello y la espalda.

Las glándulas sebáceas están controladas hormonalmente, sobre todo por la acción de las hormonas sexuales (Strauss, 1979). La mayor circulación de andrógenos en el organismo provoca una producción aumentada de sebo por parte de las glándulas mencionadas. El exceso de sebo obstruye el canal pilosebáceo - por el cual sale a la superficie de la piel -, y se producen entonces las diferentes lesiones del AV.

Hay otros muchos factores que inciden sobre el AV (inmunitarios, dietéticos, genéticos, etc). Sin embargo su papel en el trastorno no está aclarado completamente. Se considera, también, que los factores de estrés psicológico pueden tener un papel relevante en el curso del AV. Esta influencia se daría a través del sistema hipotalámico-hipofisiario regulador de las secreciones hormonales. Así, se han hallado manifestaciones agudas de AV después de recibir una fuerte impresión (Griesemer y Nadelson, 1979). Numerosos autores apuntan a esta relación estrés/AV (Kenyon, 1966a y 1966b; Krauss, 1970; Lorenz, Graham y Wolf, 1953; Wolf, Wolf y Hare, 1955).

Como es sabido, las reacciones de estrés originan una activación de la médula suprarrenal, vertiéndose, entonces, catecolaminas (adrenalina y noradrenalina) en el torrente sanguíneo. El nivel de andrógenos disminuye en un primer momento, pero aumenta después, por encima de los niveles basales

* La investigación reseñada es un resumen de la tesis doctoral de A. Talarn presentada en la Facultad de Psicología de la Universidad de Barcelona bajo la dirección de la Dra. C. Saldaña.

anteriores a la situación estresante (Valdés y Flores, 1985). Esta podría ser la conexión entre el estrés y el AV.

Las teorías etiológicas del AV y su posible relación con el estrés invitan a plantear una investigación desde la Medicina Conductual. Cabría estudiar, por ejemplo, si la reducción de la activación psicofisiológica, mediante una técnica como el Biofeedback Electromiográfico (BF EMG), podría tener una repercusión clínica en las manifestaciones del AV. Otra posible investigación podría destinarse a una mayor comprensión de las relaciones estrés/AV.

Nos decidimos por la primera de estas investigaciones. El único estudio que había planteado algo semejante es el de Hughues, Brown, Lawlis y Fulton (1983). En el mismo se empleó una muestra de 24 mujeres y 6 hombres, con AV, distribuidos en 3 grupos de tratamiento (ver Tabla 1). Los resultados apuntaron a una mayor mejoría del grupo tratado con BF EMG más entrenamiento en relajación y visualización. Aún concediéndole a este trabajo el valor de un estudio pionero se detectan una serie de deficiencias metodológicas que cuestionan sus resultados: la muestra estaba compuesta por hombres y mujeres -y por tanto por sujetos con un funcionamiento hormonal diferente-, edades muy dispares de los sujetos, tratamiento médico atípico, seguimiento a muy corto plazo, diferentes medidas para los diferentes grupos, etc.

Método

Sujetos

Se reclutaron un total de 32 mujeres de edades comprendidas entre los 15 y los 25 años ($X = 19.28$, D.E. = 3.29) con una historia de AV, entre leve y grave, de 5 años aproximadamente. Todos los sujetos participaron voluntariamente sin recibir ningún tipo de incentivo por ello. Los sujetos habían efectuado un promedio de 2.1 tratamientos anteriores para su AV obteniendo en más del 55% de los casos un resultado nulo o un empeoramiento del trastorno.

Investigadores

Dos médicos dermatólogos y dos médicos generalistas efectuaron las labores médicas propias de la investigación. Seis psicólogos, en formación de post-grado en la Unidad de Terapia de Conducta de la Facultad de Psicología de la Universidad de Barcelona, dos en tareas de evaluación y dos parejas en tareas de aplicación del BF EMG a los sujetos de la investigación. Todos los participantes recibieron entrenamiento adecuado en sus tareas por parte de los autores del presente trabajo.

Diseño

Se efectuó un diseño factorial 2 x 2. Los 2 factores eran el tratamiento médico y el entrenamiento en BF EMG, los niveles de los factores fueron SI y NO. Se configuraron, de este modo, 4 grupos: 1) de tratamiento médico; 2) de entrenamiento en BF EMG; 3) de tratamiento médico más entrenamiento en BF EMG y 4) control (lista de espera).

Material

Se utilizó un equipo completo de registro de la actividad muscular frontal (EMG LE 900) y un canal de BF preparado para la retroalimentación auditiva de la actividad muscular (LE 1100). Para los registro fotográficos se utilizó una cámara Olympus 1000.

Procedimiento

Fase de línea base ("pre"). Tras el examen médico los sujetos eran derivados a la Unidad de Terapia de Conducta mencionada. Esta fase se prolongó durante 2 semanas a razón de 1 sesión de evaluación por semana. Se obtuvieron los siguientes datos: a) conteo de lesiones por parte del psicólogo evaluador; b) conteo de lesiones mediante el autorregistro del propio sujeto; c) dos registros de línea base de la actividad EMG frontal (15 minutos de adaptación y 5 minutos de registro); y d) 2 fotografías del rostro del sujeto. Se controlaron variables como el nivel de ansiedad, el locus de control y el nivel de expectativas.

Fase de tratamiento. Los sujetos fueron asignados de modo rotatorio a uno de los 4 grupos del estudio. Los sujetos del grupo 1 recibieron tratamiento mediante el medicamento llamado "Dalacín Tópico" (Upjohn) -un antibiótico tópico muy usado en el tratamiento del AV- durante 30 días. Los sujetos del grupo 2 recibieron 8 sesiones de entrenamiento en BF EMG, a razón de 2 sesiones por semana, (5 minutos de adaptación, 5 min. de línea base pre-entrenamiento, 20 min. de entrenamiento con BF auditivo y 5 min. de línea base post-entrenamiento). El objetivo era la reducción de la activación del músculo frontal. Durante las tres primeras sesiones se les ayudó con instrucciones estándar de relajación. Los sujetos del grupo 3 recibieron los dos tratamientos anteriormente reseñados con una duración semejante a la de los anteriores. Los sujetos del grupo 4 esperaron durante unos 40 días aproximadamente sin efectuar tratamiento alguno. Todos los sujetos efectuaron autorregistros diarios y

semanales sobre diferentes cuestiones relacionadas con su AV y el cuidado del mismo.

Fase de post-tratamiento "post"). Una semana después de finalizada la fase anterior se efectuó una serie idéntica a la fase "pre".

Fase de seguimiento. Por motivos éticos sólo se efectuaron seguimientos en los grupos 1, 2 y 3. Los sujetos del grupo de lista de espera recibieron tratamiento médico para su AV. Se establecieron seguimientos a los 30 ("seg.1"), 90 ("seg. 2") y 360 ("seg. 3") días de finalizado el tratamiento. En cada sesión de seguimiento se efectuó un registro EMG, un conteo de lesiones y dos fotografías del rostro del sujeto.

Resultados.

De los 32 sujetos iniciales 12 abandonaron la investigación antes de su finalización. De estos 12, 10 pertenecían al grupo de tratamiento médico, por ello los resultados de este grupo deben ser considerados teniendo en cuenta que para lograrlos se necesitaron 15 sujetos.

A nivel descriptivo destaca que el 37% de la muestra atribuye la causa de su AV a problemas de estrés o ansiedad así como un 62% de la misma afirma que su AV empeora cuando se siente "nervioso" mientras que mejora para un 56% de los sujetos en situaciones de "tranquilidad y relajación".

A continuación se presentan los resultados más importantes obtenidos en este estudio (ver Tabla 2).

Los grupos eran homogéneos entre sí al inicio de la investigación en las tres variables mostradas. En la Tabla 2 puede observarse como los grupos 1, 2 y 3 pero no el 4 presentaron una mejoría estadísticamente significativa (T de Wilcoxon) en el número de sus lesiones a lo largo de las diferentes fases de la investigación, incluyendo el seguimiento realizado al año de seguimiento. Asimismo sólo los grupos que recibieron entrenamiento en BF EMG (grupos 2 y 3) mostraron una disminución de la actividad del músculo frontal.

El análisis multivariante (Manova) de las diferencias en el número de lesiones entre la fase "pre" y la "post" según los monitores-evaluadores muestra que los sujetos que recibieron tratamiento médico (grupos 1 y 3) difieren significativamente de aquellos que no lo recibieron (grupos 2 y 4) ($F = 4.77$, $p = 0.044$). A su vez, los sujetos que fueron entrenados en BF EMG (Grupos 2 y 3) muestran diferencias con respecto a los que no lo fueron (Grupos 1 y 4)

($F = 5.29, p = 0.035$). Sin embargo, los sujetos que recibieron la interacción de ambos tratamientos (Grupo 3) no difieren significativamente de los que no fueron tratados con tal interacción (Grupos 1, 2 y 4) ($F = 3.11, p = 0.097$). Se confirma, pues, que los sujetos que reciben tratamiento obtienen mejores resultados que los que no lo reciben, sin embargo, no se confirma que la interacción entre los dos tratamientos provoque una mejoría mayor en el grupo que la recibe.

Tabla 2.- Media y desviación estándar del número de lesiones del AV según conteaje de los monitores-evaluadores (CONT) y según autorregistro semanal (AUTO). Media y desviación estándar de la media de los registros electromiográficos (EMG). Todos los valores según el grupo de tratamiento y las diferentes fases de la investigación.

Grupo	Fase									
	PRE		POST		SEG 1		SEG 2		SEG 3 *	
	X	D.E.	X	D.E.	X	D.E.	X	D.E.	X	D.E.
1										
CONT	80.60	25.61	39.80⁺	19.05	26.80⁺	17.86	26.40 ⁺	15.11	21.50	16.05
AUTO	76.60	32.86	60.00⁺	34.59	41.00⁺	35.00	13.75⁺	7.84	---	---
EMG	15.67	9.10	16.48	12.51	13.97	7.29	12.20	3.87	14.14	5.37
										*
2										
CONT	71.60	33.84	29.40⁺	17.75	26.20⁺	12.91	24.80⁺	12.47	38.50	6.70
AUTO	57.80	19.04	31.00⁺	15.14	31.20⁺	15.73	24.66⁺	13.57	---	---
EMG	13.26	6.99	5.80⁺	1.56	5.74⁺	2.22	7.02⁺	4.52	9.02	2.83
										**
3										
CONT	88.00	64.74	40.80⁺	36.38	36.20⁺	25.95	35.20	14.92	27.25	30.02
AUTO	78.60	40.60	54.20⁺	32.44	46.40⁺	23.38	42.20	21.02	---	---
EMG	13.50	5.08	4.95⁺	1.65	5.83⁺	2.54	7.99⁺	3.90	8.64	2.84
										*
4										
CONT	35.40	11.32	41.60	15.97	---	---	---	---	---	---
AUTO	37.20	17.31	40.00	23.36	---	---	---	---	---	---
EMG	7.11	3.63	5.29	1.08	---	---	---	---	---	---

⁺ $p = 0.0431$

* $n = 4$; ** $n = 2$

El cuestionario de ansiedad de Hamilton (Conde y Franch, 1984) mostró que los sujetos tenían, al inicio de la investigación, un nivel de ansiedad bajo. En la fase de post-tratamiento no se registraron diferencias significativas entre la fase "pre" y la "post", si bien los grupos tratados con BF EMG mostraron una cierta disminución entre ambas fases.

Discusión

Los resultados nos llevan a considerar que la aplicación del entrenamiento en BF EMG es un tratamiento útil, aún en solitario, para aliviar el AV. Se confirman así las experiencias anteriores sobre esta cuestión (Saldaña, Talarn, Bados, García y Cerón, 1988; Talarn y Saldaña, 1990; Talarn, Saldaña, Ausió, Blanco, Cuadras, Genís, Fernández, Masdeu, Nuñez, Pagerols, Pascual y Valls, 1987) efectuadas por nuestro propio equipo de trabajo. Sin embargo, y aún teniendo en cuenta el elevado número de abandonos en el grupo de tratamiento médico, este último se mostró igualmente eficaz. De ello podemos concluir que no hay un tratamiento más eficaz que otro. Asimismo de la adición de ambos tipos de tratamiento no resulta una mayor mejoría del AV. Las particularidades fisiológicas del trastorno acnéico hacen que no responda de modo más notable por más tratamientos que sobre el mismo se apliquen. Es decir, al no ser posible, ni deseable, la reducción drástica del nivel de andrógenos en circulación es muy difícil, por más tratamientos que se empleen, conseguir la total desaparición de las lesiones del AV.

Por otra parte hemos constatado que los datos del número de lesiones del AV y los de la actividad EMG no covarían necesariamente. Así el tratamiento médico mejora el AV (disminuye el número de lesiones) sin provocar cambio alguno en la actividad EMG (grupo 1). La disminución de la actividad EMG (mediante entrenamiento en BF EMG) se sigue de una disminución del número de lesiones del AV (grupo 2).

Se puede concluir, entonces, que si bien no es necesaria la disminución de la actividad EMG para aliviar el AV, si esta se efectúa, el AV mejora. La disminución de la actividad EMG es condición suficiente pero no necesaria y lo mismo se puede decir del tratamiento médico; es suficiente, pero tampoco necesario, tal y como demuestran los datos del grupo 2.

Dada la conclusión anterior, parece poco viable, por cuestiones técnicas, la aplicación del BF EMG como método general de tratamiento del AV, si bien, los datos apuntan a su probable uso en situaciones especiales tales como:

- a. Cuando no se pueda aplicar el tratamiento médico.

- b. Tras repetidos fracasos del tratamiento médico.
- c. En personas de edad superior a los 25 años.
- d. En AV grave, que provoque reacciones psicológicas importantes.
- e. En aquellos sujetos que padezcan, además de AV, un trastorno susceptible de ser tratado con entrenamiento en BF EMG.

A partir de la investigación presentada se abren nuevas vías de estudio. Consideramos que sería útil disponer de un sistema de registro más directo de la actividad de las glándulas sebáceas. También podría diseñarse una investigación destinada a evaluar los factores psicológicos y psicofisiológicos de aquellas personas que padecen AV más allá de los 25 años de edad, entre el 15 y el 20% según algunos estudios (Kruger y Presbury, 1988). Otro estudio podría tratar de potenciar al máximo los beneficios de la relajación mediante una práctica más intensiva de la misma o mediante un mayor número de sesiones de entrenamiento. Dada la alta prevalencia del trastorno y los numerosos efectos indeseables de muchos tratamientos médicos sería deseable buscar formulas asequibles (en términos de tiempo, costes, recursos humanos, etc.) para la aplicación del BF EMG a un mayor número de sujetos que padezcan AV.

En definitiva, y para concluir, pensamos que la colaboración entre dermatólogos y psicólogos de la salud es perfectamente viable y útil. El BF, dado su carácter psicofisiológico, puede ser un buen vehículo para tal colaboración.

REFERENCIAS

- Alexander, F. (1952): **Psychosomatic Medicine: Its Principles and Applications**. London: Allen & Union.
- Ammon, G. (1979): **Psychoanalysis and Psychosomatics**. New York: Springer - Verlag.
- Anzieu, D. (1974): *Le dehors et le dedans: le moi peau*. **Nouvelle Revue du Psychanalisis**, 9, 195-208.
- Arnetz, B.B., Fjellner, B., Erenoth, P. y Kallner, A. (1985): *Stress and psoriasis: psychoendocrine and metabolic reactions in psoriatic patients during standardized stressor exposure*. **Psychosomatic Medicine**, 47, 528-541.

August, P.J. (1985): Comparison of alternative acne therapies. En: S.I. Cullen (Ed.): **Focus on acne vulgaris**. London: Royal Society of Medicine Services. (pp. 45-61).

Bär, L.H.J. y Kuipers, B.R.M. (1973): Behavior therapy in dermatological practice. **British Journal of Dermatology**, **88**, 591-598.

Bassi, R. (1977): **Introduzione a la Dermatologia Psicosomatica**. Padova: Piccin Editori.

Benoit, J.L. y Harrell, E.H. (1980): Biofeedback and control of skin cell proliferation in psoriasis. **Psychological Reports**, **46**, 831-839.

Bick, E. (1968): The experience of skin in early object relation. **International Journal of Psychoanalysis**, **49**, 484-486.

Bion, W.R. (1961): **Experiences in groups and other papers**. London: Tavistock.

Bremer-Schulte, M.; Cormane, R.H.; Dijk, E. y Wuite, J. (1985): Group therapy of psoriasis. Duo formula group treatment as an example. **Journal of the American Academy of dermatology**, **12**, 61-66.

Cariello, V. (1980): Contributo alla psicosomatica in dermatologia : una ipotesi di classificazione e interpretazione. En : R. Bassi (Ed.), **Actas del Simposio Internazionale di Dermatologia Psicosomatica** (Viareggio, Mayo, 1980) (pp. 219 - 226). Roma: Gruppo Editoriale Medico.

Carrobbles, J.A. (1984): Medicina y psicología. En: M.D. Avia., R. Burgaleta., C. Camero., J.A. Carrobbles., M. Costa., A. Fierro., J.A. de Juan y J. Toro (Eds.): **La psicología como ciencia**, Madrid: Ayuso.

Cataldo, M.F.; Varni, J.W.; Russo, D.C. y Ester, S.A. (1980): Behavior therapy techniques in treatment of exfoliative dermatitis. **Archives of Dermatology**, **116**, 919-922.

Cole, W.C.; Roth, H.L. y Sachs, C.B. (1988): Group psychotherapy as an aid in the medical treatment of eczema. **Journal of the American Academy of Dermatology**, **18**, 286-291

Conde, V. y Franch, J.I. (1984): **Escalas de evaluación comportamental para la cuantificación de la sintomatología psicopatológica en los trastornos angustiosos y depresivos**. Madrid: Upjohn.

Duller, P. y Gentry, W.D. (1980): Use of biofeedback in treating chronic hyperhidrosis: a preliminary report. **British Journal of Dermatology**, **103**, 143-146.

- Fellowes, H.M.; Billewicz, W.Z. y Thompson, A.M. (1981): Is acne a sign of normal puberty?. **Journal of Biosocial Sciences**, 13, 401-407.
- Flanders, P. y McNamara, J.R. (1985): Enhancing acne medication compliance: a comparison of strategies. **Behaviour Research and Therapy**, 23, 225-227.
- Faultstich, M.E.; Williamson, D.A.; Duchmann, E.G.; Conerly, S.C. y Brantley, P.J. (1985): Psychophysiological analysis of atopic dermatitis. **Journal of Psychosomatic Research**, 29, 415-417.
- Fenichel, O. (1951): **Teoría Psicoanalítica de las Neurosis**. Buenos Aires: Paidós.
- Friman, P.C.; Finney, J.W. y Christophersen, E.W. (1984): Behavioral treatment of trichotillomania: an evaluative review. **Behavior Therapy**, 15, 249-265.
- Gibbs, D.N. (1965): Reciprocal inhibition therapy of a case of symptomatic erythema. **Behavior, Research and Therapy**, 2, 261-266.
- Gil, K.M.; Keefe, F.J.; Sampson, H.A.; McCaskill, C.C.; Rodin, J. y Crisson, J.E. (1988): Direct observation of scratching behavior in children with atopic dermatitis. **Behavior Therapy**, 19, 213-227
- Gray, S.G. y Lawlis, G.F. (1982): A case study of pruritic eczema treated by relaxation and imagery. **Psychological Reports**, 51, 627-633.
- Griesemer, R.D. y Nadelson, T. (1979): Emotional aspects of cutaneous diseases. En: T.B. Fitzpatrick, A.Z. Eisen, K. Wolff, I.M. Freedberg y K.F. Austen (Eds.), **Dermatology in General Practice** (pp. 1366-1375). New York: McGraw Hill.
- Haynes, S.N.; Wilson, C.C.; Jaffe, P.G. y Britton, B.T. (1979): Biofeedback treatment of atopic dermatitis: controlled cases studies of eight cases. **Biofeedback and Self regulation**, 4, 475-481.
- Hughes, H.; Brown, B.W.; Lawlis, G.F. y Fulton, J.E. (1983): Treatment of acne vulgaris by biofeedback relaxation and cognitive imagery. **Journal of Psychosomatic Research**, 27, 185-191.
- Jordan, J.M. y Whitlock, F.A. (1972): Emotions and the skin: the conditioning of scratch responses in cases of atopic dermatitis. **British Journal of Dermatology**, 86, 574-585
- Jordan, J.M. y Whitlock, F.A. (1974): Atopic dermatitis, anxiety and conditioned scratch responses. **Journal of psychosomatic Research**, 18, 297-299

Kaptein, A.A.; Ploeg, H.M.; Garssen, B.; Schreuers, P.J.G. y Beunderman, R. (1990): **Behavioral Medicine. Psychological treatment of somatic disorders.** Chichester: Waley & Sons.

Kenyon, F.E. (1966a): Psychosomatic aspects of acne: a controlled study. **Transactions of the Sant John's Hospital Dermatological Society, 52, 71-78.**

Kenyon, F.E. (1966b): Psychosomatic aspects of acne. **British Journal of Dermatology, 78, 344-351.**

Koblenzer, C.S. (1986): Liason dermatology. **International Journal of Dermatology, 25, 28-30.**

Koblenzer, C.S. (1987): **Psychocutaneous Disease.** Orlando: Grune & Stratton.

Kraus, S.J. (1970): Stress, acne and skin surface free fatty acids. **Psychosomatic Medicine, 32, 503-508.**

Kruger, W. y Presbury, D. (1988): Adult acne: a psychological profile. (p. 11 del libro de resúmenes). **The Skin and the Psyche International Symposium, Barcelona, Noviembre**

Lamontagne, Y. (1978): Treatment of prurigo nodularis by relaxation and EMG feedback training. **Behavior Analysis and Modification, 2, 51-58**

Lorenz, T.H.; Graham, D.T. y Wolf, S. (1953): The relation of life stress and emotions to human sebum secretion and to the mechanism of acne vulgaris. **Journal of Laboratory and Clinical Medicine, 41, 11-28.**

Manuso, J.S.J. (1977): The use of biofeedback-assisted hand warming training on the treatment of chronic eczematous dermatitis of the hands. A case study. **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 8, 445-446**

McLarnon, L.D. y Kaloupek, D.G. (1988): Psychological investigation of genital herpes recurrence: prospective assessment and cognitive-behavioral intervention for a chronic physical disorder. **Health Psychology, 7, 231-249.**

McMenamy, C.J.; Katz, R.C. y Gipson, M. (1988): Treatment of eczema by EMG biofeedback and relaxation training: a multiple baselina analysis. **Journal of Behavior and Experimental Psychiatry, 19, 221-227.**

Miller, R.M. y Coger, R.W. (1979): Skin conductance conditioning with dyshidrotic eczema patients. **British Journal of Dermatology, 101, 435-440.**

Miller, R.M. y Coger, R.W. y Dymond, A.M. (1974): Biofeedback skin conductance in dyshidrotic eczema. **Archives of Dermatology, 109, 737-738.**

- Moffaert, M.V. (1986): Training future dermatologist. **General Hospital Psychiatry**, 8, 45-118.
- Montagu, A. (1986): **Touching, the human significance of the skin**. New York: Harper & Row.
- Pal-Hegedus, R. (1985): Tratamiento de un caso de neurodermatitis por medio de la técnica de reversión del hábito. **Revista Costaricense de Psicología**, 6-7, 33-37
- Roberston, I.M.; Jordan, J.M. y Whitlock, F.A. (1975): Emotinos and the skin (II): The conditioning of scratch responses in cases of lichen simplex. **British Journal of Dermatology**, 92, 407-412
- Rook, A. y Wilkinson, D.S. (1982): Psychocutaneous disorders. En : A. Rook, D.S. Wilkinson y F.G.J. Ebling (Eds.), **Textbook of Dermatology** (pp. 2023-203-5). Oxford: Blackwell Scientific Publications.
- Saldaña, C. (1984): Alternativas conductuales a problemas de salud. **Anuario de Psicología**, 30/31, 59-74.
- Saldaña, C.; Talarn, A.; Bados, A.; García, E. y Cerón, M. (1988): Aplicación del Biofeedback a problemas dermatológicos. Estudio de un caso de acné vulgaris. En: J. Santacreu (Ed.), **Modificación de Conducta y Salud** (pp. 153-164). Valencia: Promolibro.
- Sarti, M.G.; Cossidente, A. y Giorgini, S. (1980): Trattamento con técnica di biofeedback del prurito sine materia. En R. Bassi (Ed.). **Acta del Simposio Internazionale di Dermatología Psicosomática**. Viareggio, Italia. Roma: Internazionali Gruppo Editoriale Médico (pp. 197-202).
- Schwartz, G.E. y Weiss, S.M. (1978): Yale conference on behavioral medicine: a proposed definition and statement of goals. **Journal of Behavioral Medicine**, 1, 3-12.
- Shanon, J. (1984): Holistic approach to diagnosis in psychosomatic dermatology. En: E. Panconesi (Ed.), **Stress and Skin disease : Psychosomatic Dermatology** (pp. 237-255). Philadelphia : J.B. Lippincott.
- Strauss, J.S. (1979): Sebaceous glands. En: T.B. Fitzpatrick, A.Z. Eisen, K. Wolff, I.M. Freedberg y K.F. Austen (Eds.). **Dermatology in general medicine** (pp. 503-522). New York: McGrawHill.
- Talarn, A. (1988): Medicina Conductual y trastornos dermatológicos. En: Colegio Oficial de Psicólogos (Ed.). **Jornadas Andaluzas de Psicología y Salud**, (Granada, Abril 1988) (pp. 189 - 200). Granada: Colegio Oficial de Psicólogos.

Talarn A. y Saldaña, C. (1990): Una aportación de la terapia de conducta a la dermatología: el tratamiento del acné mediante el biofeedback electromiográfico. Comunicación presentada en el II Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos, Valencia: Abril.

Talarn, A.; Saldaña, C.; Ausió, G.; Blanco, D.; Cuadras, A.; Genís, F.; Fernández, J.; Masdeu, I.; Nuñez, P.; Pagerols, M.; Pascual, J. y Valls, M. (1987): Biofeedback EMG y acné vulgaris. Poster presentado a la III Reunión Anual de la SCRITC, (pp. 87, de libro de resúmenes). Barcelona, Mayo 1987

Valdés, M. y Flores, T. (1985): **Psicobiología del estrés**. Barcelona: Martínez Roca.

Walton, D. (1960): The application of learning theory to the treatment of a case of neurodermatitis. En H.J. Eysenck (Ed.) **Behavioral Therapy and the Neuroses**. London: Pergamon Press.

Walton, R.G. (1985): Stress factors in dermatology. **Stress Medicine**, 1, 55-60.

Waxman, D. (1973): Behavioral therapy of psoriasis: a hypnoanalytic and counter conditioning technique. **Postgraduate Medical Journal**, 49, 591-595.

Wolff, H.G.; Wolf, S.G. y Hare, C.C. (1950): **Life stress and bodily diseases**. Baltimore: Williams & Wilkins.

DOLOR ORGANICO vs. DOLOR FUNCIONAL

Jordi Miró y Rosa M. Raich.

*Departamento de Psicología de la Salud.
Universidad Autónoma de Barcelona.*

RESUMEN

El presente trabajo examina críticamente la distinción entre dolor orgánico ("real") y dolor funcional y/o psicógeno ("irreal"). Tras el análisis efectuado, los autores sugieren la necesidad de abandonar tal distinción y la conveniencia de evaluar el dolor desde una perspectiva multidimensional.

ABSTRACT

The distinction frequently made between organic pain ("real") and functional or psychogenic pain ("unreal") is critically examined here. In this paper, the authors suggest the necessity to discard the aforementioned distinction in favor of an approach which assess the multidimensionality of the pain problem.

INTRODUCCION

La distinción entre dolor orgánico y dolor funcional quizás sea una de las cuestiones más controvertidas en el estudio del dolor. Una distinción que nace dentro del ambiente médico con la sana intención de diferenciar dos tipos de dolor, y en virtud de la cual se realizan atribuciones de causalidad diferentes, según sea el dolor de una índole o de otra.

De ella emana un conjunto de investigaciones con las que se intenta distinguir a los sujetos que tienen un dolor con base orgánica de aquellos en los que la causa (orgánica) es desconocida, basándose en el supuesto de que ambas poblaciones poseen límites claramente definidos, estimando que existe una mayor prevalencia de trastornos psicopatológicos en los casos funcionales y que, en buena medida, les diferencia de los orgánicos, en el pronóstico del tratamiento realizado.

Antes de adentrarnos en éste análisis, siempre difícil y polémico, quisiéramos aproximarnos a una cuestión de principio como es el concepto implícito en aquellos términos.

Por "**dolor orgánico**" entendemos aquel dolor que tiene una base física y que ésta resulta ser la causa necesaria y suficiente de la aparición del dolor, y por la cual queda justificado. Mientras que el término "**dolor funcional**" designa aquel tipo de dolor al que no se le puede atribuir lesión ni alteración estructural que explique con suficiencia el cuadro. Si no existe alteración estructural, puesto que lo opuesto a estructura es función, esto quiere decir que nos encontramos ante un cuadro funcional. Claramente un **diagnóstico por exclusión**.

El problema reside en la concepción que sostiene tales distinciones. Únicamente un marco teórico en el que el dolor es reducido a una simple sensación que se transmite, vía impulsos nerviosos, desde la periferia hasta los órganos centrales donde el sujeto la interpreta como dolor, permite sostener la existencia de diferencias entre un dolor con clara base orgánica y un dolor sin aquella. Porque la causalidad se ve reducida aquí al simple hallazgo de una lesión física, en ausencia de la cual, el dolor, lógicamente, no tiene visos de realidad, ¿o si los tiene?. ¿Porque a qué conclusión llegaríamos -de encontrarnos en este marco referencial- si a un niño con cáncer que tiene dolor éste se le alivia tras haberle suministrado tranquilizantes; o de igual manera qué pensaríamos si otro niño que en un primer momento sufre de un dolor localizado y bien definido, posteriormente presenta quejas de dolor vago y generalizado? Elliot y Jay (1987) ironizan con las respuestas y nos recuerdan que en el primer caso concluiríamos que el dolor no es consecuencia de la metástasis y en el segundo que el sujeto está experimentando algún tipo de dolor psicógeno.

DOLOR ORGANICO VS. DOLOR PSICOGENO

La relación entre dolor y lesión, en términos absolutos, no es ni de lejos tan simple y lineal como desde aquella óptica pueda parecer. Si no ¿cómo podríamos explicar las lesiones sin dolor (casos de situaciones de estrés; ver los ejemplos citados por Wall, 1986), o los dolores sin lesión (p.e. dolor en el miembro fantasma; ver Melzack, 1973)?

El dolor es una experiencia perceptual sumamente compleja, y como se ha puesto de manifiesto repetidamente, plurideterminada; por tanto, irreducible a una única causa, sea esta orgánica o mental.

Sin embargo, en principio -isólo en principio!- puede parecer que esta distinción tiene sentido, pero deja de tenerlo cuando al dolor funcional se la agrega el rasgo de psicogeneidad. A partir de aquí, distan sólo dos pasos para utilizar calificativos tales como dolor irreal, dolor psicológico, dolor producido por trastornos mentales, etc.; y ¡únicamente porque no se ha podido detectar su base orgánica!

¿Es que acaso existe un dolor que se experimenta en la esfera somática y otro en la mental? ¿En virtud de qué podemos dividir al individuo en dos compartimentos estancos? ¡Quizás no nos hemos dado cuenta y somos una dualidad en unidad!

Abandonando todo tipo de dualismo, debemos concluir que el individuo es un todo, y que las actividades y experiencias de éste, pueden ser analizadas desde niveles diferentes. Así, por ejemplo, Fernández-Ballesteros (1987) utiliza un sistema de evaluación que cuenta con tres niveles distintos de complejidad: el biológico, el conductual y el microsocioal. Como afirma Fordyce (1978) " la esencia del problema radica en asumir acontecimientos mentales y físicos que pueden interactuar. Simplemente -afirma el autor- existen fenómenos que describimos en forma de lenguaje físico o de lenguaje mental; nos engañamos al pensar que porque imponemos conceptos tales como mental y físico a una abstracción como es el término dolor, tal secuencia causal existe" (pag. 55).

EVIDENCIA EXPERIMENTAL

En general, los resultados obtenidos en los estudios donde se analizaron las diferencias entre dolor orgánico y dolor psicógeno no nos permiten afirmar

que tal distinción sea posible; más bien indican una dirección contraria (Maltbie, 1984; Skevington, 1986; Turk y Flor, 1987; Flor, Birbaumer y Turk, 1989).

Si bien existen algunos trabajos, como los de Leavitt (1983) y Magni y Merskey (1987) que afirman lo contrario, estas no dejan de ser las clásicas excepciones a toda regla.

Leavitt (1983) nos informa que mediante el cuestionario que explora el lenguaje descriptivo del dolor ("Back Pain Classification Scale") es susceptible diferenciar sujetos con lumbalgia funcional de los que muestran patología orgánica; observando que los primeros utilizan más palabras en su descripción del dolor y una mayor cantidad de términos afectivos. Sin embargo, cabe apuntar que la clínica exploratoria puede clasificarlos igualmente.

Magni y Merskey (1987), señalan la existencia de un mayor índice de trastornos psiquiátricos en un grupo de pacientes con dolor a los que no se les ha podido diagnosticar lesión alguna, al compararlos con otro grupo donde sí se detectaron trastornos orgánicos.

Lo cierto es que este trabajo nos dice más bien poco. En primer lugar, el estudio de Magni y Merskey (1987) es de tipo transversal y como es conocido, para hacer inferencias de causalidad mínimamente coherentes estas deben realizarse en base a trabajos de corte longitudinal. Porque ¿no podría ser que estos pacientes manifestaran trastornos de orden psicológico como consecuencia del estado de indefensión en que se encuentran? Indefensión que, por otra parte, pudiera estar ocasionada por la incapacidad demostrada por aquellos a quienes, en principio, parece corresponder la responsabilidad de recuperarlos de sus dolencias. Pero es que además ¿acaso no puede aparecer en un mismo individuo trastornos psicológicos y síndromes de dolor sin tener que suponer que uno es causa del otro?, ¿tiene que ser necesariamente así?

También podríamos preguntarnos -¡por qué no!- acerca de la veracidad y exactitud del diagnóstico psiquiátrico. Aún cuando éste fue realizado por un mismo clínico, asegurándose así, la homogeneidad de la evaluación, ¿no puede haber sesgos exploratorios en un mismo sujeto?

Por otra parte, los resultados de la investigación no son extrapolables al resto de la población aquejada por dolor crónico. Cada día es más evidente que las diferencias encontradas en la literatura, relativas a los aspectos psicológicos de los sujetos con dolor crónico, dependen de los diferentes criterios de selección empleados.

Chapman, Sola y Bonica (1979), nos advierten que los pacientes que asisten a una clínica de dolor universitaria es más probable que sufran de problemas sociales y psicológicos crónicos y de conducta de enfermar anormal ("abnormal illness behavior") mientras que los que atienden a una clínica privada, parecen mostrar mayores trastornos a nivel orgánico.

En el estudio de Magni y Merskey (1987), nos encontramos con que los pacientes han sido referidos a una consulta psiquiátrica para clarificar el diagnóstico, vemos pues un primer sesgo en la muestra. Tal es, la desviación selectiva por parte del médico especialista, el cual, muy probablemente, habrá referido aquellos pacientes en quienes no ha podido relacionar sus quejas de dolor con un trastorno a nivel orgánico.

Este es el tipo de muestra que generalmente se utiliza para llevar a cabo los estudios que analizan los trastornos mentales en la población de enfermos de dolor crónico y a la que se pretende generalizar los hallazgos encontrados. Craso error, ya que como hemos puesto de manifiesto el sesgo inicial es ya muy grande y la probabilidad de equivocación mayor aún.

Aunque este tipo de problema es de muy difícil solución por la estructura actual de nuestros servicios de sanidad, sería aconsejable que la selección de las muestras y su posterior evaluación fuese realizada de forma ciega. Es decir, que el evaluador no tuviese conocimiento de la situación actual del paciente, esto es, si presenta trastornos a nivel orgánico o no, con objeto de evitar sesgos evaluativos.

Benjamin, Barnes, Berger, Clarke y Jeacock (1988), evitaron este tipo de problemas al recoger una muestra de pacientes aquejados por un dolor calificado como intratable, pero que no habían sido previamente evaluados a nivel psicológico. Estos sujetos fueron seleccionados porque mostraban una gran cantidad de trastornos físicos, con lo que entendían se conseguía una muestra representativa de la población de pacientes con dolor crónico.

La evaluación de los trastornos psicológicos y del estatus orgánico de estos pacientes fue realizada de forma ciega por clínicos independientes. De manera que en ningún momento, los datos concernientes a la exploración psicológica de los 106 pacientes que tomaron parte en esta investigación, exceptuando 3 de ellos con un marcado riesgo de suicidio, fueron conocidos por los especialistas encargados de los aspectos orgánicos hasta la finalización de la segunda fase de evaluación, en la que un segundo psiquiatra revisó los datos obtenidos durante la primera fase con el fin de asegurar el diagnóstico inicial.

Cuatro fueron los grupos en que se dividió la muestra, según los índices de patología orgánica: 1.- ninguna evidencia de patología relevante, 2.- patología orgánica menor, posiblemente relevante, 3.- patología definida, posiblemente relevante y 4.- patología orgánica definida, etiológicamente significativa.

Los resultados que nos aporta la investigación de Benjamin et al. muestran como todos los pacientes con dolor crónico (con o sin base orgánica) presentan una amplia gama de desórdenes mentales y físicos y que a menudo coinciden. Los índices de severidad del dolor eran mayores en aquellos sujetos con enfermedades mentales pero no estaban relacionados con la presencia/ausencia de desórdenes orgánicos. Ello nos permite suponer que las alteraciones psicológicas pueden incidir negativamente en la intensidad del dolor, exacerbándolo. Lo que ya no es posible, puesto que no hay diferencias significativas en cuanto a presencia de patología psicológica en los grupos con o sin patología orgánica, es dividir esta población en dos grupos bien delimitados, unos con enfermedad mental y otros con enfermedad orgánica.

Estos resultados fueron confirmados en el periodo de seguimiento realizado entre los 2 y los 8 meses después de finalizado el tratamiento.

Si bien resulta evidente como afirman Trief, Elliott, Stein y Frederickson (1987) que al comparar una muestra de pacientes con dolor crónico con sujetos normales, los primeros mostrarán un mayor índice de "distrés" psicológico, es decir, aparecen más deprimidos, ansiosos, pesimistas, desesperados y socialmente alienados; parece una tarea harto difícil -diríamos que imposible- encontrar diferencias significativas al contrastar los resultados de evaluaciones psicológicas en grupos con dolor orgánico y otros sin síntomas de organicidad.

Recientemente, Trief et al. (1987) en un estudio llevado al efecto no apreciaron que los grupos de dolor crónico (i.e. orgánico y funcional) difieran significativamente en las dimensiones psicológicas. Lo que les lleva a descartar la distinción entre pacientes orgánicos y funcionales.

Afirman, a la luz de los resultados obtenidos, que diferenciar entre pacientes con dolor funcional y dolor orgánico es una distinción sin sentido. Manifestando, al igual que hacen otros autores (p.e. Benjamin et al., 1988; Bradley, 1988; Cormier et al., 1988; Jay, 1987; Menges, 1983; Turk y Rudy, 1986a) la necesidad de evaluar tanto los aspectos psicológicos como somáticos en estos pacientes, para observar la contribución de ambos factores y conseguir, con ello, un mejor y más acertado tratamiento.

Parece pues, a todas luces, que la distinción entre dolor orgánico y dolor psicógeno, debe ser abandonada porque carece de cualquier utilidad. Como afirma Penzo (1986) "se comete un error de lógica, consistente en pretender que entre los fenómenos considerados existe un continuo, en uno de cuyos extremos estarían los casos de perfecta justificación física y en el otro, los de perfecta justificación psicológica, sosteniendo que si la lesión no está en un extremo ha de estar en el otro".

Antes de hacer afirmaciones tales, deberíamos preguntarnos ¿es que acaso es lícito asignar causas psicológicas a un cuadro de dolor cuando no aparecen razones orgánicas que lo justifiquen, y aún en el caso de que aparezcan, creamos que son insuficientes para explicar las quejas de dolor?

En primer lugar sería menester alejar de nuestro vocabulario conceptos tales como insuficientemente explicativo, quejas exageradas, desmesuradas o ilógicas puesto que por lo que conocemos hasta ahora, no existe ningún baremo que nos señale la cantidad de quejas que un individuo debe mostrar en función de la lesión que padece.

Y en segundo lugar, no parece que la diferencia entre un dato físico y uno psicológico sea la misma, no está en el mismo plano que la diferencia entre dos datos físicos. Podemos decir: "si la lesión no está en la articulación, está en el disco", pero afirmar: "si la lesión no está en la articulación, está en la mente" es tan ilógico como, agudamente refiere Penzo (1986), hablar de neurotransmisores y pecado.

Como todos sabemos, existe un acuerdo suficientemente consensuado por el que se afirma que un cuadro de dolor es crónico cuando éste alcanza los 6 meses de duración, y como afirma Sternbach (1974a) cuando una queja de dolor persiste más allá de los 6 meses, no es posible distinguir entre pacientes con dolor "orgánico" y "psicógeno" por sus perfiles psicológicos. De ahí que en investigaciones como las anteriormente mencionadas (p.e. Benjamin et al., 1988) no se hayan obtenido diferencias entre los supuestos grupos de pacientes.

Denominar algo como "psicogénico" no establece que exista una relación de causa-efecto ni, mucho menos, que la causa haya sido adecuadamente explicada (Fordyce, 1978). Como afirma Penzo (1986), aún en el caso de que se aceptara la índole psicogénica de un dolor por el mero hecho de presentarse en una persona psíquicamente enferma, quedaría el problema de explicar cómo aparece, cómo varía con el esfuerzo, por qué no desaparece con el reposo prolongado, por qué está localizado en la espalda y no en la nuca o viceversa e incluso por qué aumenta cuando la persona piensa en él o tiene un "disgusto".

El término de "dolor psicógeno" no es sino un constructo-comodín (Penzo, 1989) cuyo primer criterio de definición es por exclusión y, paradójicamente, ni tan siquiera psicológico; y en el que se incluyen todos aquellos cuadros que la avezada ciencia médica se ha mostrado incapaz de tratar. Turk, Rudy y Boucek (1986), consideran al respecto que el término dolor psicógeno no es sino un reminisciente de una larga historia de la medicina en la que se atribuyen enfermedades a factores psicológicos, cuando los síntomas observados no encajan con el conocimiento disponible.

CONCLUSIONES

Analizados los inconvenientes y la necesidad de abandonar la distinción entre dolor psicógeno y orgánico; volvamos a la contraposición con la que iniciábamos nuestro trabajo, que no es otra que la de dolor orgánico vs. dolor funcional.

Decíamos que en principio esta clasificación puede parecer correcta por la concepción que en ella va implícita, pero cabría preguntarse ¿qué es lo que nos aporta?, ¿cuál es su bondad explicativa?, ¿nos permite mejorar el tratamiento, al diferenciar entre ambos grupos?, en definitiva, ¿resulta útil?

Pensamos que no, en primer lugar porque los pacientes experimentan el dolor en la misma forma, prescindiendo de si los factores precipitantes son de orden psicológico u orgánico (Sternbach, 1974b), porque además en los síndromes de dolor crónico están involucrados múltiples factores etiológicos (Bonica, 1977) y resulta cuando menos cuestionable suponer que no existen otras diferencias individuales, que no sean las de orden psicopatológico que puedan influir en la percepción de las estimulaciones nocivas (Turk y Rudy, 1987). Por otra parte y desafortunadamente, los procedimientos diagnósticos en esta área hacen difícil (si no imposible) excluir definitivamente una patología tisular como fundamento de la queja del paciente (Bonica, 1977; Turk y Rudy, 1986b, 1987), y porque finalmente, como afirma Cruzado (1987), la distinción entre dolor orgánico y dolor funcional no tiene capacidad predictiva de los resultados del tratamiento conductual ya que hay pacientes en las dos categorías que pueden beneficiarse o no, de estas intervenciones.

Modestamente, entendemos junto con la IASP (International Association for the Study of Pain, 1986, p. S217) que el dolor es siempre un estado o una experiencia psicológica, aún cuando podamos apreciar, muy a menudo, que presenta una causa física. Por lo tanto, no cabe igualar la experiencia de

dolor con un aspecto, que en todo caso sería un factor etiológicamente involucrado en él, como es la organicidad.

Podemos distinguir entre dolor agudo y crónico, entre dolor clínico e inducido experimentalmente, entre dolor fásico y dolor tónico, e incluso entre dolor superficial y dolor profundo, porque entre estas categorías podemos delimitar con cierta claridad sus características; pero definitivamente no con el dolor orgánico y el dolor funcional, porque como sabemos ambos se experimentan en una forma muy similar.

A pesar de los avances experimentados en el estudio del dolor en virtud de los cuales se reconoce su naturaleza multidimensional (p.e. Bonica, 1980; Bandura, 1986; Fordyce, 1988; Melzack y Wall, 1982; Turk, Meichenbaum y Genest, 1983), los sistemas para clasificar los problemas de dolor a menudo suscriben una separación dicotómica del dolor, donde se distingue entre un dolor orgánico ("real") y otros tipos de dolor ("funcional", "psicógeno" o "irreal").

Esta distinción tiende a oscurecer el papel que juegan los múltiples determinantes existentes en el reporte de dolor de cada individuo (Romano, 1989). Si bien parece cierto que esta dicotomización puede, en parte, ser un producto de tradiciones científicas diferentes, resulta imprescindible abordar los síndromes de dolor desde una perspectiva interdisciplinar, a partir de la cual se suscriba sin atisbo de duda la multideterminación del dolor y de la conducta de dolor; hecho éste último que se nos antoja como la única vía posible para superar las diferencias existentes.

Estamos de acuerdo que tanto por razones diagnósticas como terapéuticas es aconsejable, más aún, es deseable introducir algún tipo de clasificación entre los pacientes con dolor crónico pero eso no quiere decir que abogar por la clasificación mencionada sea correcto y ajustado a derecho. Por lo tanto, debemos manifestarnos, una vez más, en contra de la aplicación de una distinción que muy a menudo es incorrecta (Turk et al., 1983) y que lleva a la confusión (Menges, 1982).

REFERENCIAS

Bandura, A. (1986): *Social Foundations of Thought and Action*. Englewood Clifs: Prentice-Hall.

Benjamin, S.; Barnes, D.; Berger, S.; Clarke, I. y Jeacock, J. (1988): The relationship of chronic pain, mental illness and organic disorders. *Pain*, 32, 185-195.

Bonica, J.J. (1977): Neurophysiologic and pathologic aspects of acute and chronic pain. *Archives of Surgery*, 112, 750-761.

Bonica, J.J. (1980): *Pain*. Nueva York: Raven Press.

Bradley, L.A. (1988): Assessing the psychological profile of the chronic pain patient. En R. Dubner, G.F. Gebhart y M.R. Bond (Eds.). *Proceedings of the Vth. World Congress on Pain*. Amsterdam: Elsevier.

Chapman, C.R.; Sola, A.E. y Bonica, J.J. (1979): Illness behavior and depression compared in pain center and private practice patients. *Pain*, 6, 1-7.

Cormier, L.E.; Katon, W.; Russo, J.; Hollofield, M.; Hall, M. y Vitaliano, P.P. (1988): Chest pain with negative cardiac diagnostic studies. Relationship to psychiatric illness. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 176 (6), 351-358.

Cruzado, J.A. (1987): *Aproximación cognitivo-conductual al estudio y tratamiento del dolor. Efectos del entrenamiento en las estrategias de confrontación cognitivas en la disminución del dolor clínico e inducido experimentalmente*. Tesis Doctoral: Facultad de Psicología, Universidad Complutense. Madrid.

Elliot, Ch. y Jay S.M. (1987): Chronic pain in children. *Behaviour Research and Therapy*, 25 (4), 263-271.

Fernandez-Ballesteros, R. (1987): *Psicodiagnóstico. Concepto y Metodología*. Madrid: Cincel (2ª Ed., 3ª reimp.).

Flor, H.; Birbaumer, N. y Turk, D.C. (1989): The psychobiology of chronic pain. (Manuscrito enviado para publicar).

Fordyce, W.E. (1978): Learning processes in pain. En R.A. Sternbach (Ed.). *The Psychology of Pain*. Nueva York: Raven Press.

Fordyce, W.E. (1988): Pain and Suffering. A reappraisal. *American Psychologist*, 43 (4), 276-283.

International Association for the Study of Pain (1986): Classification of Chronic Pain: Descriptions of Chronic Pain Syndromes and Definitions of Pain Terms. *Pain (supp.)*, 3, S1-S226.

Leavitt, F. (1983): Detecting psychological disturbance using verbal pain measurement: The Back Pain Classification Scale. En R. Melzack (Ed.). *Pain Measurement and Assessment*. Nueva York: Raven Press.

- Magni, G. y Merskey, H. (1987): A simple examination of the relationship between pain, organic lesions and psychiatric illness. **Pain**, **29**, 295-300.
- Maltbie, A.A. (1984): Chronic pain. En J.L. Sullivan y P.D. Sullivan (Eds.). **Biomedical Psychiatric Therapeutics**. Boston: Butterworth.
- Melzack, R. (1973): **The puzzle of pain**. Nueva York: Raven Press.
- Melzack, R. y Wall, P.D. (1982): **The challenge of pain**. Nueva York: Basic Books.
- Menges, L.J. (1983): Chronic low back pain: a medical-psychological report. **Social Science and Medicine**, **17** (11), 747-753.
- Penzo, W. (1986): **Evaluación conductual del dolor crónico**. Tesis Doctoral inédita: Facultad de Medicina, Universidad de Barcelona.
- Penzo, W. (1989): **El Dolor Crónico. Aspectos psicológicos**. Barcelona: Martínez Roca.
- Romano, J.M. (1989): Emerging themes and future directions in pain measurement. En R.C. Chapman y J.D. Loeser (Eds.). **Advances in Pain Research and Therapy**. V.12. Nueva York: Raven Press.
- Skevington, S.M. (1986): Psychological aspects of pain rheumatoid arthritis: a review. **Social Science and Medicine**, **23** (6), 567-575.
- Sternbach, R.A. (1974a): **Pain patients: traits and treatment**. Nueva York: Academic Press.
- Sternbach, R.A. (1974b): Pain and Depression. En A. Kiev (Ed.). **Somatic manifestations of depressive disorders**. Amsterdam: Excerpta Medica.
- Trieff, P.M.; Elliot, D.J.; Stein, N. y Frederickson, B.E. (1987): Functional vs. organic pain: a meaningful distinction? **Journal of Clinical Psychology**, **43** (2), 219-226.
- Turk, D.C. y Flor, H. (1987): Pain pain behaviors: the utility and limitations of the pain behavior construct. **Pain**, **31**, 227-295.
- Turk, D.C.; Meichenbaum, D. y Genest, M. (1983): **Pain and Behavioral Medicine. A Cognitive-Behavioral Perspective**. Nueva York: The Guilford Press.
- Turk, D.C. y Rudy, T.E. (1986a): Living with chronic disease: the importance of cognitive appraisal. En S. McHugh y T.M. Vallis (Eds.). **Illness Behavior**. Nueva York: Plenum Press.

Turk, D.C. y Rudy, T.E. (1986b): Assessment of cognitive factors in chronic pain: a worthwhile enterprise? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54 (6), 760-768.

Turk, D.C. y Rudy, T.E. (1987): Towards a comprehensive assessment of chronic pain patients. *Behaviour Research and Therapy*, 25 (4), 237- 249.

Turk, D.C.; Rudy, T.E. y Boucek Ch.O. (1986): The contributions of psychological factors to the experience of chronic pain. En C.A. Warfield (Ed.). *The anesthesiologist's guide to pain management*. Hingham: Kluwer Academic Publishers.

Wall, P.D. (1986): Dolor y ausencia de dolor. En C.W. Coen (Ed.). *Las funciones del cerebro*. Barcelona: Ariel.

Correspondencia:

Rosa M. Raich

Depto. de Psicología de la Salud

Facultad de Filosofía y Letras

Universidad Autónoma de Barcelona

08193 Bellaterra

Barcelona.

AUTO-EFICACIA Y CONDUCTAS RELACIONADAS CON LA SALUD*

Francisco Villamarín Cid

*Area de Psicología Básica.
Universidad Autónoma de Barcelona.*

RESUMEN

La teoría de la auto-eficacia de Bandura ha generado una gran cantidad de investigaciones dentro de la Psicología de la Salud. Las expectativas de eficacia, que constituyen el constructo central de dicha teoría, pueden influir en la salud a) en cuanto variables cognitivas motivacionales que regulan el esfuerzo y la persistencia en los comportamientos elegidos, y b) en cuanto mediadores cognitivos de las respuestas de estrés. En este artículo se analizan los efectos motivacionales de las expectativas de eficacia sobre algunas conductas relacionadas con la salud. Para ello se revisa la mayoría de las investigaciones generadas por la teoría de la auto-eficacia en cuatro áreas conductuales relacionadas con la salud: el hábito de fumar, el control de la ingesta, el cumplimiento de los regímenes terapéuticos y la recuperación postinfarto. En todas estas áreas las medidas de las expectativas de eficacia se mostraron buenos predictores de la conducta. Estos resultados parecen indicar que los efectos de las intervenciones psicológicas sobre las conductas relacionadas con la salud están mediados, en parte, por los cambios en la auto-eficacia percibida.

* Este trabajo ha sido realizado gracias a la ayuda PB86-0124 de la Dirección General de Investigación del Ministerio de Educación y Ciencia.

ABSTRACT

Bandura's self-efficacy theory has generated many empirical research within Health Psychology. Efficacy expectations, the main construct of that theory, can affect health a) as motivational cognitive variables regulating effort and persistence in choosed behaviors, and b) as cognitive mediators of stress responses. In this paper motivational effects of efficacy expectations on some related behaviors are analyzed. For that purpose most of the research stimulated by self-efficacy theory in four forms of health related behavior are reviewed: smoking, control of eating, adherence to therapeutic regimens and postinfarction recovery. In all the four domains efficacy expectations measures were good predictors of behavior. This results show that the effects of psychological interventions on health related behaviors can be partly mediated by changes in perceived self-efficacy.

INTRODUCCION

Las investigaciones que se analizan en el presente artículo se basan, en último término, en la distinción conceptual realizada por Bandura (1.977) entre expectativas de resultados (outcome expectations) y expectativas de eficacia (efficacy expectations):

"Expectativa de resultados es la creencia de una persona de que un determinado comportamiento conducirá a unos determinados resultados. Expectativa de eficacia es la creencia de que uno es capaz de ejecutar exitosamente el comportamiento requerido para obtener unos determinados resultados". (p. 39)

Bandura (1.986) utiliza intercambiamente las expresiones expectativas de eficacia, auto-eficacia, auto-eficacia percibida y expectativas de auto-eficacia para referirse a las creencias sobre las propias capacidades. Y las de expectativas de resultados y expectativas de acción-resultados para referirse a las creencias acerca de la relación entre las acciones y los eventos del entorno.

Ambos tipos de expectativas contribuyen a la determinación del comportamiento y la afectividad, si bien, en muchas ocasiones (cuando los resultados son inherentes a las acciones o cuando son extrínsecos, pero están ligados a ellas por códigos sociales explícitos) los resultados que las personas anticipan (expectativas de resultados) dependen en gran medida en la capacidad percibida para realizar determinadas acciones (expectativas de eficacia). En estos

casos la consideración de la variable expectativas de resultados contribuye en muy escasa medida a la explicación y la predicción de la acción (Bandura, 1.978, 1.982, 1.986).

Las expectativas de eficacia determinan, en gran medida, la elección de actividades, el esfuerzo y la persistencia en las actividades elegidas, los patrones de pensamiento y las respuestas emocionales: la ineficacia percibida para afrontar situaciones aversivas producirá ansiedad, mientras que la ineficacia percibida para conseguir resultados apetecidos, que otros son capaces de alcanzar, producirá depresión. Sin embargo, una elevada auto-eficacia no es condición suficiente para una ejecución adecuada. Han de poseerse, además, las habilidades, los recursos materiales y los incentivos necesarios para actuar.

En la distinción conceptual entre expectativas de resultados y expectativas de eficacia se basa la teoría de la auto-eficacia como modelo de cambio conductual. El supuesto central de esta teoría es que los procedimientos de intervención psicológicos, cualquiera que sea su forma, sirven como instrumentos para modificar la auto-eficacia, que actúa como mecanismo mediador. La modificación de la auto-eficacia, a su vez, determina la magnitud del cambio conductual.

Los distintos procedimientos actúan sobre la auto-eficacia a través de cuatro "fuentes de información": los propios logros, la experiencia vicaria, la persuasión verbal y la disminución de la activación fisiológica. La información proveniente de cada una de estas fuentes es procesada e integrada por el sujeto para modificar sus expectativas de eficacia anteriores.

Desde la teoría de la auto-eficacia se predice que los procedimientos de intervención más eficaces serán aquellos que se basan en la ejecución por uno mismo de las conductas de afrontamiento, y los menos eficaces los que utilizan como principal medio de cambio la persuasión verbal. Los procedimientos que se basan únicamente en la observación de la conducta de modelos poseerán un grado de eficacia intermedio al de esos dos.

Siguiendo la trayectoria expansiva de la Terapia y Modificación de Conducta, las investigaciones sobre la auto-eficacia como mecanismo mediador del cambio psicológico, originalmente centradas en comportamientos fóbicos, se han extendido a las conductas de salud en general.

Las expectativas de eficacia pueden afectar a las conductas de salud, al menos, de las dos maneras siguientes. (1) En la medida en que determinan la elección de comportamientos y el esfuerzo y la persistencia en los comporta-

mientos elegidos: a) pueden influir en los intentos de abandonar los hábitos perjudiciales para la salud: conductas adictivas y ciertas pautas alimenticias; b) pueden determinar el esfuerzo y la persistencia en el cumplimiento de comportamientos favorecedores de la salud, autoimpuestos, o prescritos por profesionales médicos: tomar ciertos fármacos, ejercicio físico, etc; c) la auto-eficacia respecto de las capacidades físicas puede influir en la capacidad de recuperación después de traumas físicos y enfermedades incapacitantes.

(2) Las expectativas de eficacia pueden influir también en la salud, en cuanto cogniciones mediadoras de las respuestas fisiológicas de estrés. Es un hecho conocido que el estrés crónico tiene efectos perjudiciales sobre la salud.

En este artículo se analizan con cierto detalle la mayoría de las investigaciones que ha generado la teoría de la auto-eficacia en el área de la Psicología de la Salud, y que hacen referencia a alguno de los aspectos anteriormente mencionados en los puntos a), b) y c). Para estructurar esta revisión hemos clasificado dichas investigaciones en las cuatro categorías siguientes: auto-eficacia y hábito de fumar; auto-eficacia y desórdenes de la conducta de ingesta; auto-eficacia y adherencia a los regímenes médicos; y auto-eficacia y rehabilitación postinfarto.

AUTOEFICACIA Y HABITO DE FUMAR

1. El problema de la recaída

El mayor problema con que se encuentran los tratamientos psicológicos para la deshabituación de sustancias adictivas como el tabaco y el alcohol, parece ser el mantenimiento de la abstinencia a largo plazo. En efecto, tratamientos psicológicos de muy distinto tipo consiguen buenos resultados a corto plazo en la deshabituación de sustancias adictivas. Sin embargo, en el caso concreto del tabaco, parece que tan sólo entre un 20% y un 30% de individuos abstemios al final del tratamiento se mantienen sin fumar al cabo de un año (Bernstein y Glasgow, 1.979).

Este problema de falta de mantenimiento a largo plazo de los cambios terapéuticos, ha llevado a Marlatt y Gordon (1.980) a formular un modelo cognitivo de la recaída en las adicciones, que pueden relacionarse a nivel teórico con la Teoría de la Auto-eficacia.

Según Marlatt y Gordon, el primer episodio de recaída en la conducta adictiva desencadena en el paciente un conjunto de cogniciones auto-referentes negativas que ellos denominan "efecto de la violación de la abstinencia", caracterizado por dos componentes cognitivos básicos: un sentimiento de culpa, fruto de un fenómeno de disonancia cognitiva, y una **atribución personal** de la recaída que el paciente interpreta como un fracaso de la "fuerza de voluntad". El concepto de "atribución personal de la recaída" del modelo de Marlatt y Gordon (1.980) se corresponde con el de auto-eficacia, o mejor dicho, con el de auto-ineficacia.

Según O'Leary (1.985), desde un punto de vista teórico, la recaída en las adicciones ante situaciones de alto riesgo sólo podrá ser evitada si a) la auto-eficacia para resistir el impulso (auto-eficacia resistiva) es alta, pues de este modo se movilizará un gran esfuerzo, b) la auto-eficacia para superar la recaída (auto-eficacia de recuperación) es alta.

2. Investigaciones sobre auto-eficacia y recaída en el hábito de fumar

Las investigaciones sobre auto-eficacia y hábito de fumar han seguido, en general, el esquema común siguiente: en personas que reciben tratamiento psicológico para dejar de fumar, generalmente con buenos resultados, se evalúa la auto-eficacia, definida como la habilidad percibida para permanecer abstemios en situaciones de alto riesgo, antes y después del tratamiento. Se utiliza entonces la auto-eficacia postratamiento para predecir diversos aspectos de la conducta adictiva durante el seguimiento: si se producirá o no la recaída, el tiempo que transcurrirá hasta ese momento, la magnitud de la conducta adictiva e, incluso, las circunstancias en las que se producirá la recaída.

Las investigaciones sobre auto-eficacia y recaída en el fumar pueden clasificarse en las cuatro categorías siguientes: a) estudio de la auto-eficacia como única variable predictiva, b) comparación del valor predictivo de la auto-eficacia con el de otras variables cognitivas, c) análisis de las variables que influyen en la auto-eficacia, d) estudio de los efectos de la auto-eficacia resistiva y la auto-eficacia de recuperación.

2.1. La auto-eficacia como única variable predictora de la recaída

Los dos primeros estudios sobre auto-eficacia y conducta de fumar fueron el de Conditte y Lichtenstein (1.981) y el de DiClemente (1.981). Ambos estudios operacionalizaron por primera vez el concepto de auto-eficacia

respecto de la conducta de fumar, simultáneamente y sin aparente conocimiento de las intenciones mutuas, y crearon así dos instrumentos diferentes para medir la auto-eficacia resistiva.

En el estudio de **Condiotte y Lichtenstein (1.981)** se evaluó la auto-eficacia antes y después del tratamiento en dos grupos de fumadores que estaban siendo tratados con dos procedimientos psicológicos para dejar de fumar. La auto-eficacia se midió mediante un cuestionario de cuarenta y ocho ítems que describían situaciones de alto riesgo. Respecto de cada una de esas situaciones se les preguntó a los sujetos "en qué medida se sentían capaces de resistir el impulso de fumar". La auto-eficacia resistiva postratamiento predijo la probabilidad de mantenerse abstemios durante el seguimiento, la cantidad de tiempo transcurrido hasta la recaída y las circunstancias de la recaída.

Para comprobar el valor predictivo de la auto-eficacia respecto de las situaciones de recaída los autores agruparon las cuarenta y ocho situaciones de riesgo de la escala de auto-eficacia en siete categorías. Analizaron entonces la relación entre las puntuaciones de auto-eficacia de cada una de estas categorías y las situaciones reales de recaída, y encontraron que cuanto menor era la auto-eficacia resistiva ante un grupo determinado de situaciones mayor era la probabilidad de que la recaída se produjese en una de las situaciones de esa categoría.

La constatación del poder predictivo de la auto-eficacia respecto de las situaciones de recaída sugiere que a partir del análisis de las escalas de auto-eficacia individuales se podría hacer especial hincapié durante el tratamiento en aquellas ocasiones en las que el individuo se siente poco capaz de resistir la tentación, para prevenir, de este modo, su posible recaída.

DiClemente (1.981) evaluó la auto-eficacia resistiva en sujetos que habían recibido tres tratamientos psicológicos diferentes para dejar de fumar, unas cuatro semanas, por término medio, después de haber finalizado el tratamiento y mientras permanecían todavía abstemios. La auto-eficacia se evaluó solamente después del tratamiento, mediante una escala de doce situaciones de riesgo. Este autor evaluó, posteriormente, la conducta de fumar de los sujetos en un seguimiento a los cinco meses de acabado el tratamiento y, a partir de esta evaluación, los clasificó en abstemios y no abstemios. Encontró que la auto-eficacia postratamiento de los sujetos que se mantenían abstemios al cabo de cinco meses era significativamente mayor que la de los que habían recaído. Encontró también que a mayor auto-eficacia postratamiento mayor tiempo transcurrido hasta la recaída.

Otros estudios posteriores en los que se ha examinado la capacidad predictiva, sobre la conducta de fumar, únicamente de las expectativas de eficacia, son los de Coelho (1.984), Colleti, Supnnik y Payne (1.985), DiClemente, Prochaska y Gibertini (1.985), McIntyre, Lichtenstein y Mermelstein (1.983), y Prochaska, Crimi, Lapsanski, Martel y Reid (1.982). Los resultados de estos estudios pueden resumirse, en nuestra opinión, del modo siguiente:

- a) Las expectativas de eficacia de los fumadores que permanecen abstemios son mayores que las de aquellos que recaen, independientemente de que hayan dejado de fumar por propia iniciativa o mediante algún tipo de ayuda psicológica.
- b) Las intervenciones psicológicas para ayudar a dejar de fumar producen un incremento significativo de la auto-eficacia (resistiva).
- c) Las medidas de la auto-eficacia evaluada al final del tratamiento predicen la conducta de fumar en los diferentes períodos de seguimiento. El grado de predicción es tanto mayor cuanto menor es el intervalo temporal entre la evaluación de la auto-eficacia y la evaluación de la conducta de fumar.

2.2. Auto-eficacia y otras variables predictoras de la recaída

Algunos investigadores han comparado el valor predictivo de las expectativas de eficacia con el de otras variables psicológicas, respecto de la conducta de fumar.

Walker y Franzini (1.983) evaluaron, en un grupo de sujetos fumadores que estaban recibiendo tratamiento para dejar el hábito, la auto-eficacia para dejar de fumar, el Locus de Control de Salud y la confianza en el "rationale" del tratamiento. Un análisis de regresión múltiple mostró que mientras la auto-eficacia explicaba el 70% de la varianza de la conducta de fumar a los seis meses de terminado el tratamiento, ni el Locus de Control de Salud ni la confianza en el "rationale" del tratamiento predecían en modo alguno dicha conducta.

Godding y Glasgow (1.985) operacionalizaron y evaluaron las expectativas de eficacia y las expectativas de resultados en un grupo de personas a las que se les aplicó un tratamiento psicológico para reducir al 50% su conducta de fumar. Un aspecto a destacar de este estudio es que la operacionalización de la auto-eficacia es distinta de la utilizada en las investigaciones descritas hasta aquí sobre el hábito de fumar. En efecto, en el presente estudio no se preguntó a los sujetos sobre su "capacidad para resistir la tentación de fumar" en

diferentes situaciones de riesgo, sino sobre su "capacidad para lograr los objetivos comportamentales" que se pretendían conseguir con el programa de tratamiento. Se midió el nivel y la fuerza de la auto-eficacia, utilizando una jerarquía de comportamientos cada vez más difíciles para el fumador. Para evaluar las expectativas de resultados se les preguntó a los sujetos por la probabilidad de que se diesen, como consecuencia de lograr los objetivos del tratamiento, 27 posibles resultados positivos y negativos, como ganar peso, ganar dinero, etc.

Estos investigadores encontraron que la auto-eficacia al final del tratamiento predijo el número de cigarrillos fumados y la cantidad de nicotina ingerida seis meses después de terminado el tratamiento: a mayor auto-eficacia para regular la conducta de fumar mayor reducción del hábito. Sin embargo, las expectativas de resultados no correlacionaron significativamente con ninguna de las medidas de la conducta de fumar ni añadieron ningún valor predictivo a las expectativas de eficacia.

2.3. Variables mediadoras de la auto-eficacia resistiva

Algunos estudios han investigado posibles variables determinantes de la auto-eficacia para resistir el impulso de fumar. Las variables supuestamente relacionadas con la auto-eficacia resistiva son la necesidad de nicotina (McIntyre, Mermelstein y Lichtenstein, 1.980; Killen, McCoby y Taylor, 1.984), y la historia personal como fumador y/o motivación para dejar de fumar (Reynolds, Creen, Holsoyod y Tobin, 1.982; Barrios y Niehaus, 1.985).

McIntyre et al. (1.980) utilizaron la auto-eficacia y la dependencia de la nicotina, medidas ambas al final del tratamiento, como variables predictoras de la conducta de fumar. En un seguimiento realizado al cabo de un mes, una alta dependencia de la nicotina en el postratamiento se asociaba con una baja probabilidad de mantener la abstinencia en el seguimiento. Sin embargo, en un seguimiento al cabo de tres meses no se encontró esa relación entre dependencia de la nicotina y conducta de fumar, mientras que la auto-eficacia postratamiento sí se mostró significativamente relacionada con la abstinencia al cabo de este período de tiempo. Este último dato parece indicar que la auto-eficacia para resistir la tentación de fumar no depende únicamente de la necesidad de nicotina experimentada por el sujeto.

Killen et al. (1.984) investigaron la hipótesis de que la necesidad de nicotina se relaciona negativamente con la auto-eficacia para mantener la abstinencia. En este estudio, los sujetos fumadores, después de cuatro sesiones de tratamiento psicológico para dejar el tabaco, fueron asignados a una de las siguientes condiciones de mantenimiento: utilización del chicle de nicotina para

paliar los síntomas de la abstinencia, entrenamiento en habilidades de afrontamiento, y utilización del chicle de nicotina más entrenamiento en habilidades de afrontamiento.

Se evaluó la auto-eficacia (mediante el cuestionario de Condiotte y Lichtenstein, 1.981) antes del comienzo de las cuatro sesiones de entrenamiento, al final, y en dos seguimientos a las seis y quince semanas. Si bien se produjo un incremento significativo en la auto-eficacia desde antes del tratamiento hasta el seguimiento, no se encontraron diferencias significativas en este incremento entre las distintas condiciones de mantenimiento. Por otra parte, la auto-eficacia evaluada después del tratamiento correlacionó significativamente con la conducta de fumar en el seguimiento a las quince semanas.

Reynolds et al. (1.982) evaluaron la historia de afrontamiento y la motivación para dejar de fumar de los sujetos de su investigación mediante las siguientes variables: número de veces que, en el pasado, intentaron dejar de fumar durante al menos 24 horas; historia de búsqueda de asistencia profesional; y número de horas que estaban dispuestos a invertir en el tratamiento para dejar el tabaco. Midieron, además, en sus sujetos la auto-eficacia para dejar de fumar y el Locus de Control. No encontraron ninguna relación entre las variables supuestamente mediadoras y la auto-eficacia.

Barrios y Niehaus (1.985) examinaron el efecto sobre la auto-eficacia para dejar de fumar (medida mediante la escala de Condiotte y Lichtenstein, 1.981) de las siguientes variables: "estatus de fumador" (veces que el fumador ha intentado dejar el tabaco en el pasado, sin conseguirlo); "historia de fumar" (tiempo que hace que se fuma) y variables situacionales (situaciones de riesgo). Se predijo que a mayor número de fracasos en el intento de dejar de fumar, y a mayor duración del hábito, menos auto-eficacia. Se predijo también que los fumadores se sentirían poco capaces de afrontar aquellas situaciones que inducen estados de humor negativos. En esta investigación se encontró que la historia de éxitos y fracasos en el intento de abandonar el hábito y las situaciones de riesgo influyen en la auto-eficacia, pero no así la duración del hábito.

2.4. Auto-eficacia para evitar la recaída y auto-eficacia para lograr la recuperación

Cooney, Kopel y McKeon (1.982) han distinguido entre los conceptos de auto-eficacia resistiva (el concepto que han utilizado las investigaciones hasta aquí descritas) y "auto-eficacia para recuperarse de una recaída". Estos autores examinaron los efectos de ambos tipos de auto-eficacia sobre el mantenimiento de la abstinencia a medio plazo, en sujeto ex-fumadores tratados mediante una terapia aversiva de corta duración. Después de esta terapia, los sujetos fueron

asignados a cuatro condiciones de tratamiento para el mantenimiento de la abstinencia: 1) Entrenamiento controlado en la recaída, de tipo cognitivo-conductual (a estos ex-fumadores se les entrenó a recuperar la abstinencia después de una recaída: se les hizo fumar un cigarrillo). 2) Entrenamiento controlado en la recaída, de tipo cognitivo (los sujetos ensayaron mentalmente la recuperación después de imaginarse la recaída). 3) Abstinencia absoluta (se insistió en la importancia de no fumar el primer cigarrillo, pues fumando el primero la abstinencia resultaría imposible). 4) La cuarta condición consistió en un grupo control de apoyo. Los grupos de recaída controlada experimentaron, tal como se había predicho, un incremento en su auto-eficacia para recuperar la abstinencia. Sin embargo, en un seguimiento a los seis meses, se comprobó que los sujetos de estos dos grupos recayeron más que los de la condición "abstinencia absoluta".

Este dato sugiere a O'Leary (1985) que una simple experiencia de recuperación como la que se dio en este caso, puede haber generado falsas expectativas de eficacia de recuperación. El recuperarse de la recaída fue, de hecho, más difícil de lo que los sujetos habían imaginado.

3. La auto-eficacia como variable predictora del inicio de la conducta de fumar

Recientemente se han realizado algunas investigaciones sobre auto-eficacia y hábito de fumar con un planteamiento marcadamente diferente del de la mayoría de estudios en este campo: se utiliza la variable auto-eficacia para predecir, no la recaída en el fumar, sino el inicio de esta conducta en jóvenes adolescentes. Dos de las investigaciones más relevantes que siguen este enfoque, que podríamos denominar "preventivo", son la de Lawrence y Rubinson (1986) y la de Comas (1988).

Lawrence y Rubinson (1986) evaluaron en adolescentes la auto-eficacia resistiva respecto del fumar, definida como la capacidad percibida para rechazar la oferta de cigarrillos, y utilizaron esta variable para predecir el inicio del hábito. Los principales rasgos de los resultados de esta investigación fueron: (1) se observó una correspondencia entre la auto-eficacia y la conducta de fumar actual; (2) la auto-eficacia se mostró influida por la actitud y la conducta de los amigos; y (3) la auto-eficacia resistiva predijo la conducta de fumar al cabo de tres meses.

Comas (1988) evaluó, en diferentes momentos, las expectativas de eficacia (capacidad percibida para rechazar la oferta de cigarrillos) y las expectativas de resultados (anticipación cognitiva de las consecuencias beneficiosas de no fumar) de 330 adolescentes participantes en dos modalidades de programas preventivos del hábito. Los principales rasgos de los resultados obtenidos son:

(1) las expectativas de eficacia evaluadas antes de la aplicación de los programas preventivos predicen el inicio de la conducta de fumar al cabo de 10 meses, tanto a nivel intergrupo como a nivel intragrupo; (2) las expectativas de eficacia predicen la conducta de fumar mejor que las expectativas de resultados; y (3) las expectativas de eficacia, a su vez, se muestran influidas por otras variables, tales como la conducta de fumar anterior y el riesgo social.

AUTO-EFICACIA Y DESORDENES DE LA CONDUCTA DE INGESTA

Los desórdenes de la conducta de ingesta, que con frecuencia requieren el interés y la dedicación de los profesionales de la salud, entre ellos los psicólogos, son fundamentalmente tres: la obesidad, que es con mucho el desorden más frecuente, la anorexia nerviosa y la bulimia.

Según O'Leary (1985), las personas que padecen alguno de estos tres tipos de desórdenes de la conducta de ingesta tienen en común un sentimiento de falta de control, bien sobre la conducta de ingesta (obesos y bulímicos) bien sobre el peso corporal (anoréxicos). En otras palabras, comparten una "baja auto-eficacia reguladora".

Dado que la mayoría de las investigaciones sobre auto-eficacia y desórdenes de la ingesta se han realizado con personas obesas, limitaremos nuestro análisis a este tipo de estudios.

Chamblis y Murray (1979) manipularon la auto-eficacia de sujetos obesos que estaban recibiendo tratamiento psicológico para disminuir el peso. Dieron a sus clientes una medicación placebo, y les explicaron que se trataba de un fármaco regulador del metabolismo que favorecía la pérdida de peso. Después de dos semanas de tratamiento, la mitad de los sujetos fueron desengañados: se les explicó que el pretendido fármaco era un placebo y se resaltó que el éxito conseguido era debido a su propio esfuerzo.

Las atribuciones de pérdida de peso a la propia capacidad incrementaron la habilidad para reducir el peso en los sujetos con un Locus de Control interno, pero no en aquéllos con un Locus de Control externo. Estos últimos, a pesar del **feedback** atribucional a factores personales, continuaron imputando su pérdida de peso a factores ambientales sociales. En esta investigación, a pesar de que se maneja el concepto de "auto-eficacia reguladora" no se operacionalizó ni evaluó esta variable.

Weinberg, Hughes, Critelli, England y Jackson (1.984) analizaron los efectos de la auto-eficacia "preexistente" (evaluada antes de comenzar el tratamiento) y "manipulada" sobre la pérdida de peso. A sujetos con una auto-eficacia inicial para perder peso alta o baja, se les dio durante el tratamiento información de alta o baja auto-eficacia en el control del peso, siguiendo un diseño factorial de dos (auto-eficacia inicial baja y alta) por dos (información de auto-eficacia alta y baja).

Con vistas a la manipulación experimental de la auto-eficacia, se hizo que los sujetos cumplimentasen antes de comenzar el tratamiento una extensa gama de pruebas psicológicas y fisiológicas. Posteriormente, a aquellos sujetos en los que se pretendía inducir una alta auto-eficacia se les dijo que habían sido seleccionados para participar en el programa de tratamiento porque los datos de las pruebas indicaban que reunían condiciones psicológicas óptimas para participar en un programa de esas características. A los sujetos de la condición de baja auto-eficacia, no se les dio información de ningún tipo. La auto-eficacia se midió preguntándoles a los sujetos el "número de libras" que se sentían capaces de perder durante los meses de tratamiento (nivel de auto-eficacia), y "en qué medida se sentían capaces" (fuerza de la auto-eficacia).

Los sujetos con auto-eficacia preexistente alta perdieron más peso que los que tenían una auto-eficacia preexistente baja, y los que recibieron información de alta auto-eficacia también adelgazaron más que los que recibieron información de auto-eficacia baja. Por otra parte, las puntuaciones en Locus de control correlacionaron significativamente con la pérdida de peso: los individuos con un Locus de Control interno mostraron una mayor tendencia a perder peso que aquéllos con un Locus de Control externo.

Weinberger y Agras (1.984) estudiaron la relación entre la auto-eficacia para disminuir el peso y el abandono del tratamiento durante el curso de un macroprograma para el tratamiento de la obesidad (Weight Wacher Members) en el que participaron cuatrocientas catorce mujeres. Para evaluar la auto-eficacia sobre el control del peso se les pedía que evaluaran en una escala de 1 a 3 puntos su confianza para alcanzar el peso meta que se habían propuesto. La auto-eficacia evaluada al comienzo del tratamiento resultó ser un buen predictor de la decisión de abandonar el programa de adelgazamiento, mejor incluso que la pérdida de peso real.

Bernier y Poser (1.984) realizaron un estudio con obesos que tenía como objetivo comparar el valor predictivo de la pérdida de peso real al final del tratamiento con el de la auto-eficacia postratamiento, respecto del mantenimiento del peso en un seguimiento a las seis semanas y a los seis meses. Evaluaron el peso y la auto-eficacia para controlarlo en tres ocasiones: antes del

tratamiento, al final y durante el seguimiento. Durante el programa de tratamiento se proporcionó a las personas obesas información sobre la nutrición y el ejercicio, y se le explicaron y enseñaron diez estrategias cognitivo-conductuales para autocontrolar la conducta de ingesta. Para evaluar la auto-eficacia se les preguntó a los sujetos en qué medida se sentían capaces de utilizar cada una de las diez estrategias cognitivo-conductuales aprendidas durante el tratamiento.

Tal como se había predicho, la auto-eficacia se incrementó como resultado de la intervención psicológica, y las expectativas de eficacia postratamiento predijeron significativamente el mantenimiento del peso durante el seguimiento. Por el contrario, no se encontró relación entre la pérdida de peso lograda al final del tratamiento y el mantenimiento del peso durante los períodos de seguimiento.

Finalmente, **Overholser y Beck (1.985)** en una investigación que tenía como objetivo fundamental modificar los estilos de ingesta de niños obesos, utilizaron medidas de auto-eficacia para predecir el éxito en el tratamiento. Después de explicar a los niños los procedimientos y los objetivos del tratamiento, estos cumplimentaron dos escalas de auto-eficacia. En primer lugar, para familiarizarse con este tipo de escalas cumplimentaron una "Escala de Auto-eficacia para la Ejecución Atlética", en la que se evaluó su habilidad para ejecutar diez actividades deportivas. A continuación cumplimentaron la "Escala de Auto-eficacia del Programa de tratamiento de la Obesidad". En ella se les preguntaba en qué medida se sentían capaces de ejecutar las once tareas conductuales que se pretendían instaurar durante las sesiones de tratamiento, en qué medida creían que el realizar estas tareas cambiaría su estilo de ingesta, y en qué medida les permitirían disminuir el peso. Se utilizaron las dos medidas de auto-eficacia, "atlética" y de "adelgazamiento", para predecir el resultado del tratamiento.

Los datos obtenidos en esta investigación son un tanto sorprendentes, pues si bien la auto-eficacia pretratamiento respecto a las conductas de ingesta predijo los estilos de ingesta postratamiento, la auto-eficacia atlética también predijo, con igual grado de exactitud, los estilos de ingesta.

AUTO-EFICACIA Y ADHERENCIA A LOS REGIMENES MÉDICOS

Uno de los problemas más serios con que se encuentran los profesionales de la medicina es el no cumplimiento por parte de los pacientes de los regímenes prescritos. Según los datos aportados por algunos estudios (Epstein y

Cluss, 1.982) aproximadamente la mitad de los pacientes con enfermedades crónicas no cumplen las prescripciones terapéuticas.

Según O'Leary (1.985) la auto-eficacia percibida para cumplir los regímenes médicos podría ser una variable determinante del grado de cumplimiento. Hasta el momento existen al menos dos estudios que han tratado de relacionar la auto-eficacia con los regímenes terapéuticos.

Kaplan, Atkins y Reinsch (1.984) aplicaron tres procedimientos psicológicos a sesenta pacientes adultos que sufrían "enfermedad pulmonar obstructiva crónica", para implicarlos en un programa de ejercicio físico. A un grupo de pacientes se les aplicó un procedimiento conductual que comprendía la fijación de objetivos comportamentales, un contrato conductual y manipulación de contingencias. Con un segundo grupo se utilizó un procedimiento cognitivo con el que se intentó cambiar las ideas irracionales sobre los efectos del ejercicio físico y promover auto-verbalizaciones positivas. A un tercer grupo se les aplicó un procedimiento cognitivo-conductual que engloba los dos anteriores. Se evaluó la auto-eficacia respecto del ejercicio físico (caminar y otras actividades como mover objetos, subir escaleras, etc.) y el Locus de Control de Salud, al comienzo y al final de la intervención psicológica. Al cabo de tres meses se hizo un seguimiento de la actividad física. La auto-eficacia postratamiento, que se incrementó al máximo mediante el procedimiento cognitivo, predijo significativamente el grado de cumplimiento del ejercicio físico en el momento del seguimiento, mientras que el Locus de Control de Salud no lo predijo.

Beck y Lund (1.981) compararon la auto-eficacia y el grado de miedo como variables predictoras de la adherencia a un régimen para combatir la enfermedad "periodontal". Para crear distintos grados de miedo proporcionaron a sus sujetos comunicaciones verbales que variaban en cuanto a la información proporcionada sobre la seriedad de la enfermedad y la vulnerabilidad de los sujetos a dicha enfermedad. Se explicó y recomendó a los sujetos un régimen preventivo y se evaluó su auto-eficacia para llevarlo a cabo. La auto-eficacia se mostró mejor predictor de la adherencia al régimen prescrito que el grado de miedo inducido por las comunicaciones verbales.

AUTO-EFICACIA Y REHABILITACION POSTINFARTO

Muchos de los pacientes que sufren infartos de miocardio leves que afectan poco a su estado de salud y les dejan en unas condiciones físicas que les permiten desarrollar una actividad normal, quedan, sin embargo, muy afectados psicológicamente. Es lo que se llama "síndrome del invalidismo cardíaco".

Investigaciones recientes parecen mostrar que la auto-eficacia percibida física y cardíaca puede predecir el nivel de actividad física después de haber sufrido un infarto leve.

Ewart, Taylor, Reese y Debusk (1.984) proporcionaron a pacientes que habían sufrido infarto un ejercicio de "cinta sin fin" como parte de un procedimiento general para aumentar su auto-eficacia física. Se evaluó la auto-eficacia respecto de actividades físicas tales como pasear, correr, subir escaleras, levantar pesos y mantener relaciones sexuales, en tres momentos distintos: antes del ejercicio de "cinta sin fin", antes de la sesión médica de aconsejamiento posterior a dicho ejercicio y después de esta sesión.

La auto-eficacia inicial correlacionó con la frecuencia cardíaca máxima durante el ejercicio en la "cinta sin fin", la cual a su vez correlacionó con la auto-eficacia medida después de dicho ejercicio. Finalmente, la auto-eficacia medida después de la sesión de aconsejamiento se mostró buena predictora del nivel de actividad de los pacientes en sus ambientes naturales.

En una investigación posterior, **Taylor, Bandura, Ewart y Miller (1.985)** mostraron la importancia que tienen en el proceso de recuperación de estos pacientes, no sólo sus percepciones de las capacidades físicas propias, sino también las percepciones que de dicha capacidad física tienen sus esposas. **Bandura (1.986)** denomina "auto-eficacia interactiva" a las creencias que otras personas tienen acerca de las capacidades de uno.

En esta investigación, en que se utilizó también el ejercicio de "cinta sin fin", se implicó en el programa de rehabilitación a las esposas de los pacientes. Se dispusieron tres niveles de implicación: en una de las condiciones la esposa permanecía en una habitación aparte mientras el paciente realizaba el ejercicio; en una segunda condición contemplaba al marido mientras éste realizaba el ejercicio; y, en una tercera, ella misma realizaba el ejercicio. El incremento en la auto-eficacia de las esposas varió en función del grado de implicación, y fue máximo en la condición en que la esposa también participó en el ejercicio físico.

Tanto la auto-eficacia del paciente como la de su esposa, evaluadas después del ejercicio de "cinta sin fin", correlacionaron significativamente con la capacidad cardiovascular en dos seguimientos a los tres y a los seis meses. La combinación de las medidas de la auto-eficacia de ambos predijo mejor el grado de actividad física durante el ejercicio de "cinta sin fin" en un seguimiento a los seis meses, que la actividad en este aparato en la sesión de prueba inicial.

CONCLUSIONES

En este artículo hemos revisado diversas líneas de investigación que han estudiado la relación entre el constructo de la auto-eficacia y las conductas relacionadas con la salud. Los principales hallazgos dentro de cada una de estas líneas de investigación son los siguientes:

1) *Auto-eficacia y hábito de fumar*. En la mayoría de estas investigaciones se evaluó la auto-eficacia en personas que habían dejado de fumar después de haber recibido tratamiento psicológico. La auto-eficacia se definió como la capacidad percibida para resistir el impulso de fumar en situaciones de riesgo. Se utilizaron entonces las medidas de esta variable para predecir la conducta de fumar durante el seguimiento. Los resultados de estas investigaciones parecen indicar que:

a) La auto-eficacia al final del tratamiento predice la recaída en el hábito, el tiempo que transcurrirá hasta ese momento y las circunstancias en que se producirá, independientemente del tratamiento utilizado y del método de evaluación de la auto-eficacia.

b) Las expectativas de eficacia predicen mejor estos aspectos que otras variables psicológicas tales como la credibilidad del tratamiento, el Locus de Control de Salud y las expectativas de resultados.

c) La auto-eficacia parece depender, sólo en parte, de variables como la necesidad de nicotina y la historia de éxitos y fracasos en el intento de dejar de fumar.

d) Una importante implicación de estos resultados de cara al tratamiento es la siguiente: pueden determinarse aquellas situaciones en que las personas se sienten poco capaces de resistir las ganas de fumar y proporcionarles las habilidades necesarias para afrontar esas situaciones, evitando, así, una posible recaída.

Algunas investigaciones recientes sobre auto-eficacia y conducta de fumar, con un enfoque preventivo, han mostrado que la capacidad percibida para resistir las ganas de fumar en situaciones de riesgo es un buen predictor del inicio de la conducta de fumar.

Por otra parte, las estrategias de investigación utilizadas en los estudios sobre auto-eficacia y hábito de fumar podrían utilizarse igualmente con otras conductas adictivas como el alcohol o las drogas.

2) *Auto-eficacia y desórdenes de la conducta de ingesta*. La práctica totalidad de estas investigaciones se han realizado con personas obesas. La auto-eficacia se definió en estos casos como la capacidad percibida para disminuir el peso, o la capacidad percibida para poner en práctica ciertas habilidades cognitivo-conductuales destinadas a reducirlo. En general se encontraron relaciones significativas positivas entre la auto-eficacia y la pérdida de peso al final del tratamiento y durante el seguimiento.

3) *Auto-eficacia y adherencia a los regímenes médicos*. Aunque las investigaciones en este campo son todavía escasas, parece que la capacidad percibida para seguir las prescripciones terapéuticas podría ser una variable determinante y predictora del grado de cumplimiento.

4) *Auto-eficacia y rehabilitación*. Investigaciones realizadas con personas que han sufrido infartos leves parecen mostrar que la autopercepción de sus capacidades físicas, así como las percepciones que de estas capacidades tienen sus allegados, juegan un papel crucial en la recuperación del ritmo de vida normal de estas personas.

En general, los resultados de las investigaciones revisadas en el presente artículo, muestran que las intervenciones psicológicas destinadas a modificar las conductas relacionadas con la salud, producen cambios en las expectativas de eficacia, y que, a su vez, las expectativas de eficacia evaluadas después de la intervención predicen la conducta posterior. De esta capacidad predictiva de las expectativas de eficacia, que en ocasiones es incluso superior a la de las medidas estrictamente conductuales, podría inferirse que los efectos de las intervenciones psicológicas sobre las conductas relacionadas con la salud están mediados, en parte, por los cambios en la auto-eficacia, tal como predice la teoría de Bandura.

REFERENCIAS

- Bandura, A. (1977): Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bandura, A. (1978): Reflections on self-efficacy. *Advances in Behavior Research and Therapy*, 1, 237-269.

Bandura, A. (1982): Self-efficacy mechanisms in human agency. *American Psychologist*, 37, 122-147.

Bandura, A. (1986): *Social Foundations of Thought and Action. A Social Cognitive Theory*. New Jersey: Prentice Hall.

Barrios, F.X. y Niehaus, J.C. (1985): The influence of smoking status, smoking history, sex, and situational variables on smokers self-efficacy. *Addictive Behavior*, 10, 425-429.

BEck, K.H. y Lund, A.K. (1981): The effects of health threat serousness and personal efficacy upon intentions and behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 11, 401-415.

Bernier, M. y Poser, E.G. (1984): Thr relationship between self-efficacy, attributions and weight loss in a wight rehabilitation program. *Rehabilitation Psychology*, 29, 95-105.

Bernstein, D y Glasgow, R (1979): The modification of smoking behavior. En O.F. Brady *Behavioral Medicine: Theory and Practice*. Baltimore.

Coelho, R.I. (1984): Self-efficacy and cessation of smoking. *Psychological Reports*, 54, 309-310.

Colletti, G.; Supnik, J.A. y Payne, T. (1985): The smoking self-efficacy questionnaire (SSEQ): preliminary scale development and validation. *Behavioral Aseesment*, 7, 249-260.

Comas, M.D. (1988): *Influència dels factors psicològics en la gènesi i el manteniment del comportament no fumador entre els infants i els adolescents*. Tesis doctoral inédita. Bellaterra, Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.

Condiotte, M.M. y Lichtenstein, E. (1981): Self-efficacy and relapse in smoking cessation programs. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49, 648-658.

Cooney, N.L.; Kopel, S.A. y McCkeon, P. (1982): Controlled relapse training and self-efficacy in ex-smokers. Comunicación presentada en *The annual meeting of the American Psychological Association*. Washington, D.C.

Chambliss, C.A. y Murray, E.J. (1979): Efficacy attribution, locus of control, and weight loss. *Cognitive Therapy and Research*, 3, 349-53.

DiClemente, C.C. (1981): Self-efficacy and smoking cessation maintenance: a preliminary report. *Cognitive Therapy and Research*, 5, 175-187.

DiClemente, C.C.; Prochaska, J.O. y Gibertini, M. (1985): **Self-efficacy and the stages of self-change of smoking.**

Epstein, L.H. y Cluss, P.A. (1982): A behavioral medicine perspective on adherence to long-term medical regimens. **Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50**, 950-971.

Ewar, C.K.; Taylor, C.B.; Reese, L.B. y Bebusk, R.F. (1984): Effects of early postmyocardial infarction exercise testing on self-perception and subsequent physical activity. **American Journal of Cardiology, 51**, 1.076-1080.

Godding, P.R. y Glasgow, R.E. (1985): Self-efficacy and outcome expectations as predictors of controlled smoking status. **Cognitive Therapy and Research, 9**, 583-590.

Kaplan, R.M.; Atkins, C.J. y Reinchs, S. (1984): Specific efficacy expectations mediate exercise compliance in patients with COPD. **Health Psychology, 3**, 223-242.

Killen, J.D.; Maccoby, N y Taylor, C.B. (1984): Nicotine gum and self-regulation training in smoking relapse prevention. **Behavior Therapy, 15**, 234-248.

Lawrence, L. y Rubinson, C. (1986): Self-efficacy as a predictor of smoking behavior in young adolescents. **Addictive Behavior, 11**, 367-382.

Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (1980): Determinants of relapse: implications for the maintenance of behavior change. En P.O. Davidson y S.M. Davidson (Eds.) **Behavioral medicine: Changing health lifestyles**, 410-452. New York: Brunner/Mazel.

McIntyre, K.O.; Lichtenstein, E. y Mermelstein, R.J. (1983): Self-efficacy and relapse in smoking cessation: a replication and extension. **Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51**, 632-633.

McIntyre, K.O.; Mermelstein, R.J. y Lichtenstein, E. (1980): Predicting abstinence from smoking using measures of self-efficacy and physical dependence. Comunicación presentada en **The meeting of the Association for the Advancement of Behavior Therapy**. New York.

O'Leary, A. (1985): Self-efficacy and health. **Behavior Research and Therapy, 23**, 437-451.

Overholser, J. y Beck, S. (1985): Assessing generalization of treatment effects and self-efficacy in the modification of eating styles in obese children. **Addictive Behavior, 10**, 145-152.

Prochaska, J.O.; Crimi, P.; Lapsanski, D.; Martel, L. y Reid, P. (1982): Self-change processes, self-efficacy and self-concept in relapse and maintenance of cessation of smoking. **Psychological Reports, 51**, 983-990.

Reynolds, R.; Creer, T.L.; Hohlberg, K.A. y Tobin, D.L. (1982): Assessment in the treatment of cigarette smoking: the development of the smokers self-efficacy scale. Comunicación presentada en **The meeting of the Association of Behavior therapy**. Los Angeles.

Taylor, C.B.; Bandura, A.; Ewart, C.K.; Miller, N.H. y Debusk, R.F. (1985): Raising spouse's and patient's perception of his cardiac capabilities after clinically uncomplicated acute myocardial infarction. **American Journal of Cardiology**, 55, 635-638.

Walker, W.B. y Franzini, L.R. (1983): Self-efficacy and low-risk aversive group treatments for smoking cessation. Comunicación presentada en **The annual convention of the Western Psychological Association**. San Francisco.

Weinberg, R.S.; Hughes, H.H.; Critelli, J.W.; England, R. y Jackson, A. (1984): Effects of preexisting and manipulated self-efficacy on weight loss in a self-control program. **Journal of Research in Personality**, 18, 352-358.

Weinberger, E. y Agras, W.S. (1984): **The weight reduction efficacy questionnaire**. Manuscrito policopiado. Stanford: Universidad de Stanford.

**EVALUACION DE UN ENTRENAMIENTO COGNITIVO-CONDUCTUAL
PARA MEDIADORES -ATS/DUE- DE ENFERMOS
DROGODEPENDIENTES CON SIDA**

José Ramón de la Vega y Rosa Santiago*

*Centro de Salud Mental de Alcobendas.
Servicio Regional de Salud.
Comunidad Autónoma de Madrid.*

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo era valorar la eficacia del entrenamiento cognitivo-conductual en un grupo de ATS/DUE, trabajadores de diferentes plantas y servicios del Hospital General "La Paz" de Madrid, cuya característica común es su trabajo con toxicómanos y otros pacientes afectados por SIDA.

La hipótesis planteada era que el entrenamiento en técnicas de reducción de ansiedad y de asertividad, debería producir una disminución en la probabilidad de respuestas ansiosas, pasivas y/o agresivas, aumentando la probabilidad de conductas asertivas en situaciones laborales conflictivas, derivadas de la interacción con estos pacientes.

* Nuestro agradecimiento por su colaboración en este estudio al Dr. José Santacreu Más, de la Universidad Autónoma de Madrid y a D. Juan Luis Soto de Lanuza y D. Pedro Arruabarrena Fenollar, responsables del Dpto. de Formación Continuada del Hospital General "La Paz" de Madrid.

Con el fin de comprobar dicha hipótesis se construyó un Cuestionario con 10 situaciones potencialmente estresantes y definidas de antemano, en las que aparecía involucrado el enfermo o un familiar del mismo. En él se medía ansiedad (cognitiva, fisiológica y motora) así como conducta asertiva, pasiva y agresiva. Dicho cuestionario se aplicó a todos los sujetos antes y después del entrenamiento. Ello permitió obtener una medida previa, que sería posteriormente comparada intraindividual e intragrupalmente con la obtenida una vez finalizado el entrenamiento.

Los resultados obtenidos indicaron que el entrenamiento específico realizado disminuyó los niveles de ansiedad de los ATS, así como la probabilidad de responder pasiva y/o agresivamente ante situaciones laborales estresantes.

ABSTRACT

The objective of this work was to estimate the efficacy of the cognitive-behavioral training of a group of Medical Assistants of different sections of the General Hospital "La Paz" in Madrid, whose common feature is their work with patients suffering from AIDS and toxicomania.

The hypothesis traced was that the training on different assertive technics for the reduction of anxiety should cut down the probabilities of giving passive and/or aggressive response in conflictive working situations raised out by the interactions with these patients.

In order to verify this hypothesis we made a questionnaire of 10 potentially stressful situations, previously determined, in which the patient or a relative were involved. Thanks to this questionnaire we could evaluate the (cognitive, physiological and motorial) anxiety as well as their assertive, passive and aggressive behavior. That questionnaire was applied to the persons trained before and after the training. Therefore, we could have a previous result to compare with the ones obtained individually and among the group once the training was over.

The results showed that the specific training applied had reduced Medical Assistants, anxiety levels as well as the probabilities of replying passively and/or aggressively in stressful working situations.

INTRODUCCION

El fenómeno DROGODEPENDENCIA/SIDA viene produciendo una creciente inquietud entre la población general. Esta inquietud, se hace especialmente evidente entre los profesionales de la salud que atienden a este tipo de enfermos. Por ello no es extraño que en los últimos años se hayan suscitado una serie de publicaciones en torno a las repercusiones psicosociales que sobre el personal sanitario está teniendo dicho problema.

La desmoralización (Gascón, 1.987), el miedo al contagio (Blumenfield, Smith, Milazzo, Seropian y Wormser, 1.987), la ansiedad y la depresión (Hors-tman y McKusick, 1.986) se han señalado como manifestaciones de estrés en este tipo de profesionales.

En nuestro país es de destacar el trabajo publicado por Reig y Caruana (1.989), acerca del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) como estresor en médicos y enfermeras de hospital.

En los resultados del estudio que estos autores realizaron entre 93 profesionales pertenecientes a hospitales del Insalud, se observa como un 31,9% de la muestra asociaba el tener pacientes con SIDA a un alto nivel de estrés. Curiosamente el miedo al contagio entre los médicos y enfermeras no se encontraba entre los principales factores estresantes. Ello posiblemente se debe a un incremento y mejora de la información que sobre el SIDA existe en el medio hospitalario.

Sin embargo, según O'Donnell et al. (1.987), el 58% de una muestra de 237 trabajadores hospitalarios manifestaba no tener el nivel de conocimientos suficientes para hacer frente a los problemas emocionales que estos pacientes presentan.

En un estudio de Lewis, Freeman & Corey (1.987), se señalaba que un elevado % de los 1.000 médicos americanos que entrevistaron no poseían ni los conocimientos ni las habilidades requeridas para asistir competentemente a pacientes con SIDA.

Los mismos Reig y Caruana (1.989) citan entre sus conclusiones que *"sería conveniente llevar a cabo en determinados hospitales algún tipo de programa informativo y formativo sobre modos de afrontar estos problemas"*.

Es evidente, que un análisis serio de los comportamientos y actitudes ante el drogodependiente con SIDA, facilitará la mejora de la asistencia a dichos enfermos y una reducción del estrés laboral asociado.

Pues bien, el estudio que aquí presentamos debe insertarse en este marco de la Psicología de la Salud. Nuestro trabajo se basa en un curso de entrenamiento dirigido a enfermeros/as que trabajan en diversos servicios del Hospital General "La Paz" de Madrid, con toxicómanos HIV + o con SIDA.

Lo novedoso de este Programa era que, al contrario de lo que venía sucediendo en muchos hospitales, no se limitaba a proporcionar información, sino que estaba destinado a "entrenar" comportamientos y modificarlos.

En el diseño del curso, desarrollado a instancias del Dpto. de Formación Continuada de dicho Hospital, se pretendía entrenar a los sujetos para que redujesen sus niveles de ansiedad ante situaciones de tensión o estresantes que suelen provocar este tipo de pacientes. Por otra parte, se deseaba que como consecuencia del entrenamiento aumentara la probabilidad de que actuasen de forma más asertiva en el contacto con estos pacientes o sus familiares, disminuyendo igualmente sus respuestas pasivas y/o agresivas en situaciones de estrés.

El objetivo de nuestro estudio no era el curso en sí mismo, sino la evaluación del cambio de comportamiento que los enfermeros/as pudieran experimentar como consecuencia de recibir dicho entrenamiento.

Para ello fue necesario crear un instrumento que nos permitiese medir la modificación pre/post entrenamiento de las variables dependientes, que se definieron con criterios clínicos habituales.

La hipótesis fue, en consecuencia, que el entrenamiento recibido debía producir una reducción en los niveles de ansiedad situacional -en sus tres manifestaciones: cognitiva, fisiológica y motora-, así como un aumento en la probabilidad de responder asertivamente en situaciones de tensión.

Nuestra aportación, por tanto, en este campo de estudio se basa en la necesidad de evaluar y controlar las modificaciones que el entrenamiento produce en el personal sanitario, a fin de mejorar los sistemas de formación, haciendo que estos se adecuen a la población concreta a la que se dirigen y obtengan el objetivo que realmente se proponen y que no debe ser otro que dotar al personal sanitario de conocimientos, instrumentos y recursos personales que les permitan afrontar con eficacia el estrés que produce el enfermo

drogodependiente con SIDA, sin que ello repercute de forma importante en su salud.

METODO

1.- Sujetos

La población a la que se dirigió el entrenamiento fue la que determinó el Dpto. de Formación Continuada del Hospital, entre los ATS/DUE que solicitaron participar en el curso ofertado. Constaba de un total de 35 sujetos de diversos servicios y plantas - medicina interna, maternidad, hemofilia, etc.-

Por diversas razones no se tuvieron en cuenta las variables sociodemográficas de la población estudiada (sexo, edad, servicio, planta, turno, nº de enfermos a su cargo, titulación, años de experiencia, etc.). Por una parte, el carácter de estudio piloto y por otra, la posible desconfianza que pudiera suscitar la identificación personal entre los sujetos, hicieron recomendable abordar la evaluación de forma anónima, usando para ello un número identificativo.

2.- Instrumento

El instrumento utilizado para evaluar la modificación conductual, fue diseñado de forma específica para este estudio. Para efectuar el mismo, se suscitó una mesa redonda con diversos profesionales -supervisores, enfermeros y responsables del Dpto. de Formación Continuada- con amplia experiencia en el trabajo con toxicómanos. Con la información sobre la problemática laboral más habitual y estresante que se recogió en esta mesa, se creó un Cuestionario de Evaluación de Ansiedad Situacional y Asertividad, que se denominó C.E.A.S.A.

El Cuestionario de autocalificación consta de 100 ítems con las manifestaciones clínicas más usuales de ansiedad y asertividad, que pudieran darse ante 10 situaciones potencialmente estresantes de relación entre el enfermero y el paciente o sus familiares. Dichas situaciones se seleccionaron entre las más poderosamente ansiógenas de las que habitualmente soporta el profesional en su trabajo diario (Ver tabla 1).

Tabla 1. Ejemplo de tres situaciones laborales, potencialmente estresantes, incluidas en el C.E.A.S.A.

SITUACION 1

Al entrar en la habitación observo que el paciente se ha quitado el suero que anteriormente le puse. Este se excusa diciendo que se lo ha retirado otro enfermero, lo que yo se que es falso.

SITUACION 2

El padre de un paciente viene a buscarme y me pide responsabilidades por la huida de su hijo del hospital.

SITUACION 3

Un paciente me pide algo para calmar su "mono". Le informo que sólo puedo darle el tranquilizante que ha recetado el médico, aunque ambos sabemos que es insuficiente. El paciente se pone agresivo.

En cada una de las situaciones se incluyeron tres items relativos a las manifestaciones de ansiedad a nivel cognitivo, tres de ansiedad fisiológica y tres de ansiedad motora, así como una respuesta pasiva, otra agresiva y otra asertiva

El sujeto debía valorar la probabilidad o frecuencia de cada una de las posibles respuestas ante las situaciones descritas en una escala de 0 a 4, siendo el 0: casi nunca; 1: pocas veces; 2: de vez en cuando; 3: muchas veces y el 4: casi siempre. (Ver tabla 2).

Consta pues, de 25 items relativos a manifestaciones de ansiedad a nivel cognitivo, 25 de nivel fisiológico, 25 de nivel motor y 25 de asertividad, repartidos estos últimos en 8 items de conducta asertiva, 8 de agresiva y 9 de pasiva.

El Cuestionario, no pretendía tanto medir de forma real el mayor o menor grado de ansiedad y asertividad del enfermero, como servir de instrumento de medición de las diferencias pre-post entrenamiento a nivel intraindividual e intragrupal.

Tabla 2. Ejemplo de ítems relativos a manifestaciones de ansiedad cognitiva, fisiológica y motora, así como a respuestas asertivas, incluidas en el C.E.A.S.A.

RESPUESTAS COGNITIVAS

C.4	Pienso que es inútil todo lo que se haga por ellos.	0 1 2 3 4
C.5	No entiendo como pueden perjudicarse a sí mismos de esa manera.	0 1 2 3 4
C.6	Me siento impotente ante la continua repetición de esta situación.	0 1 2 3 4

RESPUESTAS FISIOLÓGICAS

F.13	El corazón me late deprisa.	0 1 2 3 4
F.14	Las manos me sudan.	0 1 2 3 4
F.15	Noto un nudo en la garganta.	0 1 2 3 4

RESPUESTAS MOTORAS

M.1	Voy de un lado a otro, preguntando si le han visto.	0 1 2 3 4
M.2	Me quedo paralizado sin saber qué hacer.	0 1 2 3 4
M.3	Realizo movimientos repetitivos (entrelazar manos, tics).	0 1 2 3 4

RESPUESTAS ASERTIVAS

A.5	Le comunico que su actitud me molesta y que supone una pérdida de tiempo para ambos.	0 1 2 3 4
A.22	Trato de calmarle, le dedico más tiempo del habitual y le sugiero estrategias para aguantar mejor la situación.	0 1 2 3 4

Sin embargo, el lector se preguntará por qué no se utilizaron simultáneamente otros cuestionarios de ansiedad suficientemente validados. Por una parte, debemos tener en cuenta que no existe prueba alguna específicamente situacional en este contexto. Por otro lado, debe considerarse que el uso de pruebas estándar de carácter más amplio (ISRA, STAI, etc.), podría haber dado lugar a resistencias entre el personal que iba a ser formado, ya que desafortunadamente no está habituado a ser evaluado en el medio hospitalario, salvo en aquellos aspectos directamente relacionados con su actividad. Ello,

unido a la ya mencionada suspicacia que puede ocasionar el uso de pruebas psicológicas entre el personal funcionario, hizo que, muy a nuestro pesar, se desestimara tal posibilidad, que sin duda hubiera enriquecido este trabajo.

Finalmente, debe incluirse, entre los instrumentos utilizados, un cuestionario abierto, que habitualmente utiliza el Dpto. de Formación Continuada del Hospital al finalizar cualquier curso y que pretende evaluar el grado de satisfacción del personal asistente en relación a diversos aspectos del mismo.

3.- Procedimiento

Como paso previo se aplicó el Cuestionario citado (CEASA) a la totalidad de los sujetos, a fin de tomar una medida previa de sus manifestaciones de ansiedad y asertividad ante situaciones laborales ya definidas previamente como estresantes. Esto se hizo en una primera sesión conjunta con los participantes en el curso de entrenamiento, tras explicarles el objetivo evaluador que se perseguía.

Posteriormente, se impartió el curso con una duración total de 30 horas, distribuidas en 12 sesiones de 2 horas y 30 minutos cada una.

El contenido del curso se dividió en dos módulos. Un primer módulo con un abordaje más informativo o educacional desarrollado en 5 sesiones y sobre los siguientes temas:

- **DROGAS Y PSICOPATOLOGIA.** Trastornos psiquiátricos derivados del uso de sustancias.
- **SIDA.** Aspectos psicológicos de la enfermedad. Ambiente familiar.
- **APRENDIZAJE Y MANTENIMIENTO DE CONDUCTAS.** Reforzamiento y Castigo.
- **EL TOXICOMANO Y SU CONDUCTA.** Factores psicosociales.
- **LA ANSIEDAD.** Tres niveles de respuesta: cognitiva, fisiológica y motora.

En un segundo módulo, desarrollado en 6 sesiones, se abordaron de forma eminentemente práctica, los siguientes temas:

- RELAJACION. Sesión de entrenamiento en relajación muscular progresiva de Jacobson.
- MODELO COGNITIVO DE LA ANSIEDAD. Procesamiento de la información. Pensamientos automáticos. Ideas irracionales.
- TECNICAS DE AUTOCONTROL COGNITIVO. TRE de Ellis. Inoculación de estrés. Resolución de problemas.
- TECNICAS DE COMUNICACION. Comunicación no verbal. Errores en la comunicación. Escucha activa.
- ENTRENAMIENTO EN ASERTIVIDAD Y HABILIDADES SOCIALES. Diseño específico de un video (*) de entrenamiento para habilidades situacionales.
- ABORDAJE Y RESOLUCION DE CASOS PRACTICOS. Trabajo en grupo.

Transcurrido un período de un mes desde la finalización del curso, se convocó nuevamente a los participantes a fin de que volvieran a responder al CEASA. Se les instruyó para que intentasen reflejar la frecuencia de respuesta que habían dado ante las situaciones descritas a lo largo del último mes, o en su defecto, para que dijese como creían ellos que reaccionarían en dicho supuesto.

Los datos obtenidos antes del entrenamiento y un mes después, han sido comparados y se exponen al hablar de resultados.

RESULTADOS

En lo relativo al curso de entrenamiento puede decirse que, a juicio de los ATS asistentes, fue altamente satisfactorio. Según el cuestionario aplicado

* Es de destacar, que se confeccionó un video de 40 minutos de duración con las situaciones descritas en el CEASA, resueltas por el actor que intervenía como enfermero, de forma inadecuada (pasiva/agresiva) y adecuada (asertiva). Dicho video permitió un breve modelado de la conducta, en la sesión correspondiente a asertividad.

por el Dpto. de Formación Continuada , el 100% de los sujetos opinaron que se habían cumplido satisfactoriamente los objetivos, manifestando el 80% encontrarse más preparado profesionalmente tras el curso; un 96% no suprimiría ninguno de los temas y tan solo un 4% eliminaría el tema sobre control cognitivo; el 29% proponía ampliar el tema de habilidades sociales, el 21% el de comunicación, el 13% modificación de conducta y un 6% control cognitivo y relajación. El 76% opinó que el nivel había sido adecuado, el 73% que los recursos habían sido suficientes y el profesorado del curso fue calificado, en una escala de 0 a 10, con una puntuación de 8.6.

En cuanto a los resultados obtenidos en la prueba de evaluación de ansiedad situacional y asertividad (CEASA), según los datos proporcionados por el pretest y el postest, se presentan en las gráficas siguientes, que muestran la distribución de la muestra según las puntuaciones alcanzadas en ambos.

En la Figura 1 se observa cómo las manifestaciones cognitivas de ansiedad son las que más claramente disminuyen tras el entrenamiento, aún cuando comparativamente con las manifestaciones fisiológicas (Figura 2) y motoras (Figura 3), sigue siendo en el postest el valor más alto en términos absolutos.

Figura 1. Manifestaciones cognitivas de ansiedad pre/post entrenamiento.

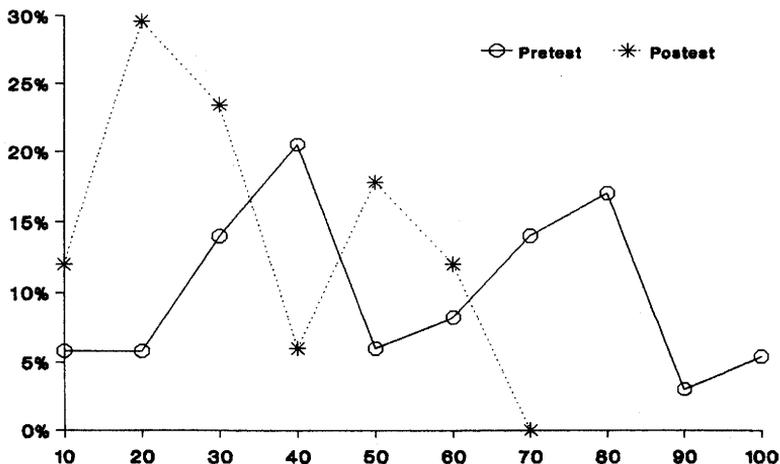


Figura 2. Manifestaciones fisiológicas de ansiedad pre/post entrenamiento.

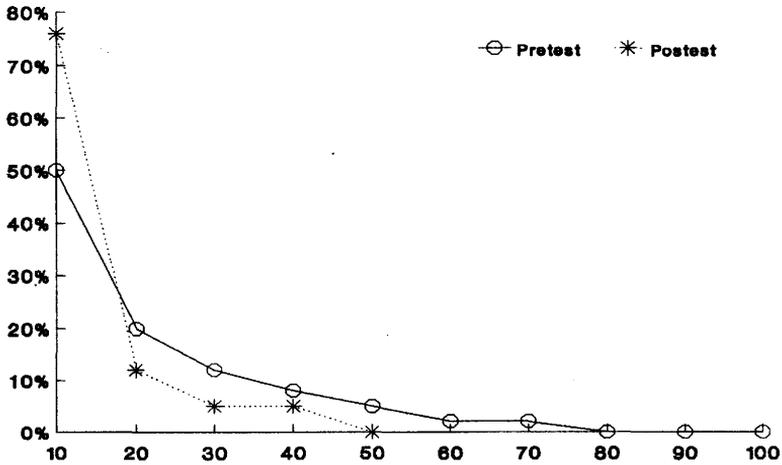
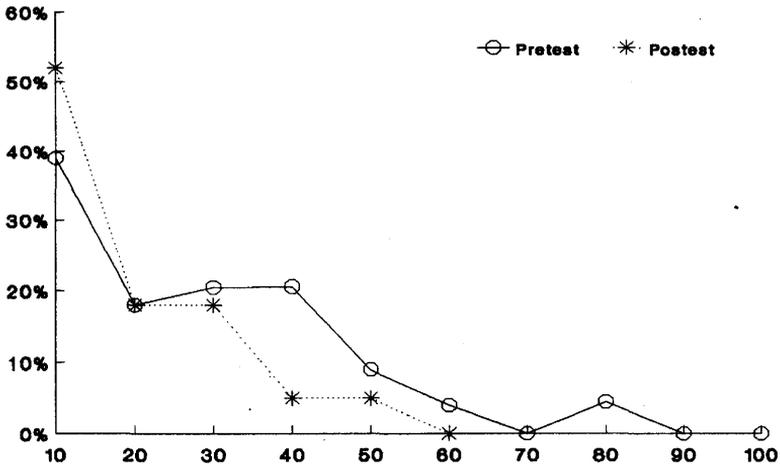


Figura 3. Manifestaciones motoras de ansiedad pre/post entrenamiento.



Como puede verse en las distribuciones de frecuencias (Figura 4) y en la comparación entre las medias pre/post (Tabla 3), se ha producido una disminución en las manifestaciones de ansiedad que los sujetos dicen tener ante situa-

ciones laborales de tensión. Considerada globalmente la ansiedad situacional, también puede apreciarse un importante descenso en la misma tras el entrenamiento (Figura 5).

Figura 4. Distribuciones de frecuencias.

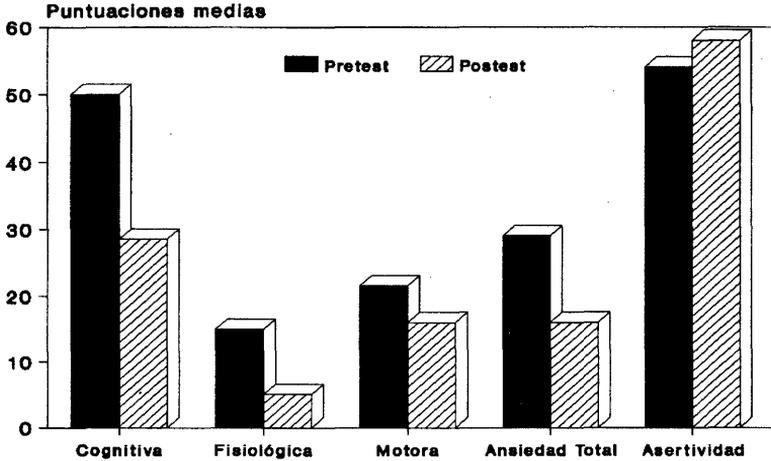


Tabla 3. Comparación entre las medias pre/post entrenamiento.

	\bar{X} Pre	\bar{X} Post
Cognitiva	50	28
Fisiologica	16	6
Motora	22	17
Ansiedad Total	29	17
Asertividad	54	58

La probabilidad de responder asertivamente en situación de conflicto, también aumenta, aunque la diferencia no es significativa (Figura 6). Sin embargo, si tenemos en cuenta las diferencias entre la frecuencia de respuestas adecuadas (asertivas) e inadecuadas (pasivas o agresivas), puede observarse que tras el entrenamiento disminuyen las respuestas inadecuadas.

Figura 5. Ansiedad situacional pre/post entrenamiento.

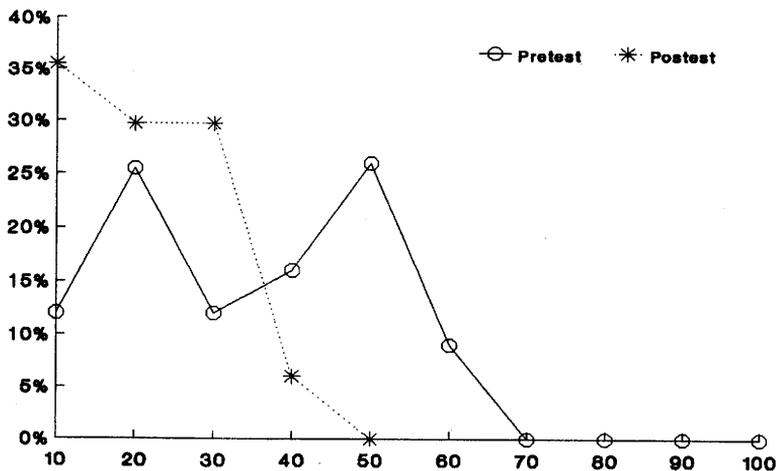
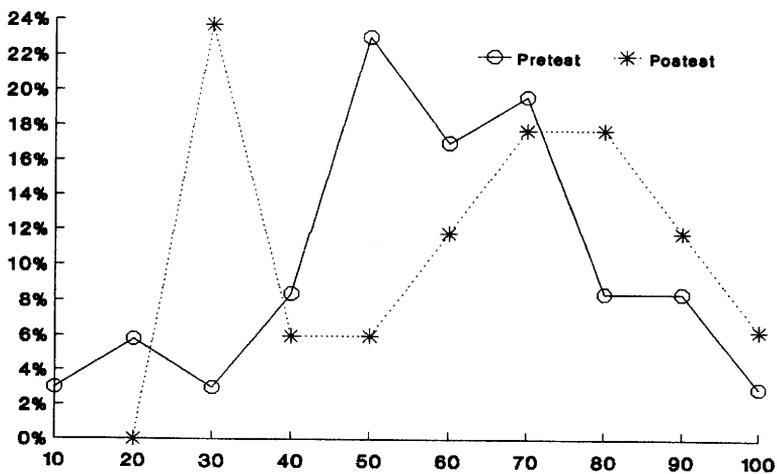


Figura 6. Manifestaciones asertivas pre/post entrenamiento.



Ello daría un índice claro de mejoría en la respuesta social del enfermero ante el paciente o sus familiares.

A fin de contrastar la hipótesis, se aplicó la Prueba de Wilcoxon para muestras relacionadas, en la que se tiene en cuenta el valor ordinal y el sentido de la diferencia, además de la cuantía de ésta.

Los resultados permiten concluir que las diferencias son significativas al nivel que citamos en el Tabla 4.

Tabla 4.- Nivel de significación de la diferencia pre/post. Prueba de Wilcoxon.

Ansiedad Cognitiva:	.005
Ansiedad Fisiológica:	.005
Ansiedad Motora:	.05
Ansiedad Total:	.005
Asertividad:	No significativa
Pasividad:	.025
Agresividad:	.05

DISCUSION

Los resultados obtenidos parecen indicar que un entrenamiento específico de este tipo, disminuye los niveles de ansiedad de los mediadores -o al menos la percepción que de ella tienen- cuando estos se enfrentan a situaciones laborales estresantes. Ello sugiere la conveniencia de aplicar paquetes de entrenamiento, que son habituales en la clínica, a los profesionales de la salud que están sometidos a fuertes niveles de tensión. Lamentablemente aún son infrecuentes los cursos de formación en los que se pretende modificar comportamientos, limitándose la mayoría a propiciar un aumento de conocimientos.

Por otra parte, aún cuando el sistema de evaluación debe de ser mejorado, el empleo de procedimientos de este tipo permite no solo objetivar las modificaciones conductuales producidas por los módulos de entrenamiento aplicados, sino diseñar estos de acuerdo a las necesidades reales del colectivo al que va dirigido. Así en nuestro trabajo pudo evidenciarse que las manifestaciones de ansiedad a nivel fisiológico o motor con que los sujetos decían responder habitualmente eran, desde un punto de vista clínico, muy bajas. Sin

embargo, aparecía un mayor número de manifestaciones cognitivas de ansiedad. Igualmente los niveles de asertividad comparados con los de pasividad o agresividad eran bajos.

Estos datos, de haberse tenido en cuenta antes de diseñar el curso de entrenamiento hubieran servido para obviar el módulo de Técnica de Relajación, dedicando más tiempo al módulo de Control Cognitivo o de Asertividad. Por otra parte, la posibilidad de poder realizar posteriores evaluaciones con el mismo instrumento -lo que pretendemos realizar transcurridos 6 meses desde la finalización del curso-, permite estudiar las lagunas de la formación impartida así como diseñar nuevos paquetes de entrenamiento más específicos y selectivos.

Este estudio piloto viene a evidenciar la conveniencia de profundizar en el campo de la evaluación de los sistemas formativos en el ámbito hospitalario en concreto y en el de la salud en general, así como la conveniencia de dedicar más horas de formación al cambio de actitudes y conductas en los profesionales del sector y no sólo a mejorar sus niveles de información y conocimientos técnicos.

Finalmente es importante señalar para futuros estudios el uso de pruebas previas estandarizadas que midan ansiedad general. Aún cuando no era el objetivo de este estudio piloto, si ha podido observarse durante la realización del curso, que los niveles y manifestaciones de ansiedad de los ATS/DUE eran posiblemente muy superiores a los que parecían reflejar en el cuestionario aplicado. Ciertamente, pues, hubiera resultado interesante medir, aplicando un baremo ya validado, dicha ansiedad general, estableciendo comparaciones con la ansiedad situacional estudiada. El análisis de otros factores de estrés, como los propiamente derivados de la organización laboral (turnos, guardias, número de pacientes por planta, jerarquización laboral, presión asistencial, etc.) u otros estresores no propiamente situacionales, puede tener gran interés de cara a reducir los niveles generales de ansiedad del profesional y por tanto su repercusión sobre el paciente.

Igualmente, en estudios posteriores sería deseable usar grupos de control a fin de observar las diferencias entre los grupos profesionales entrenados y los no entrenados, así como controlar las variables sociodemográficas, lo que obviamente no se ha hecho en este primer estudio piloto.

Pues bien, nos gustaría concluir este trabajo, señalando que las perspectivas que abre la Psicología de la Salud pueden jugar un importante papel en la mejora de las habilidades de afrontamiento de los profesionales de la atención sanitaria.

De igual manera consideramos que no solo en el importante problema del SIDA, sino en cualquier otro que conlleve altos niveles de estrés, estos diseños formativos pueden facilitar la modificación conductual de pacientes, a través del cambio de los mediadores.

REFERENCIAS

Blumenfield, M.; Smith, P.; Milazzo, J.; Seropian, S. y Wormser, G. (1987): Survey of attitudes of nurses with Aids patients. **General Hospital Psychiatry**, 9, 56-63.

Gascón, P. (1987): Impacto del SIDA en el personal médico. **Jano**, 23 (782), 393-394.

Horstman, W. y McKusick, L. (1986): The impact of AIDS on the Physician. En L. Mckusick (ed.): **What to do about AIDS. Physicians and Mental Health Professionals Discuss the Issues**. Univ. of California Press.

Lewis, C., Freeman, H., Kaplan, S. y Corey, C. (1986): The impact of a program to enhance the AIDS-related competencies of primary care physicians. **Journal of General Internal Medicine**, 1: 287-294.

Lewis, C., Freeman, H. y Corey, C. (1987): AIDS-related competence of California's Primary Care Physicians. **American Journal of Public Health**, 77 (7): 795-799.

O'Donnell, L.; O'Donnell, C.R.; Pleck, J.H.; Snarey, J.K. y Rose, R.M. (1987): Psychosocial responses of hospital workers to acquired immune deficiency syndrome (AIDS). **Journal of Applied Social Psychology**, 17 (3), 269-285.

Reig, A. y Caruana, A. (1989): El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) como estresor en médicos y enfermeras de hospital. **Revista de Psicología de la Salud**, Vol.1 (1): 127-145.

**ASPECTOS PSICOLOGICOS IMPLICADOS EN ALGUNAS
ENFERMEDADES FISICAS CRONICAS EN LA INFANCIA.
UNA REVISION DE LA DECADA 1978-1988.**

María Lucía Romo Jiménez*, Luis Rodríguez Franco,
María Angeles Pérez San Gregorio*, Pedro J. Mesa Cid** y
Alfonso Blanco Picabia***.**

*Dpto. de Psiquiatría, Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.
Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación.
Universidad de Sevilla.*

RESUMEN

En el presente trabajo se realiza una revisión bibliométrica de todos los trabajos recogidos en la base de datos computarizada del Psychological Abstracts sobre los aspectos psicológicos implicados en el asma, las cardiopatías congénitas, el cáncer y la diabetes en niños.

Se realiza un estudio comparativo a lo largo de cada uno de los años en cada una de estas patologías. Se estudian también los autores más productivos en cada tema, las revistas con mayor número de trabajos publicados, las citas

* Colaboradoras del Departamento.

** Profesores Titulares del Departamento.

*** Catedrático del Departamento.

recibidas por los trabajos y los aspectos concretos de estudio en cada enfermedad. Con ello podemos obtener una idea bastante aproximada acerca de cómo ha evolucionado el interés de los investigadores por estas materias en la década estudiada.

Palabras Clave:

Enfermedad crónica, niños, bibliometría.

ABSTRACT

In this work we have realized a bibliometric revision of all the works re-closed in the Psychological Abstracts data base over involves psychological sighs in asthma, congenital heart disease, neoplasma and diabetes in children.

We have a comparative study along every years in every pathology. We have also studied the more productive authors in every subjets, the reviews with more publish works, the reicived citation for the works and the concretes sighs to study in every illness. So, we can get a enought aproximate idea about how it has evolved investigators interest in this subjects in the studied decade.

Key Words:

Chronic illness, Children, Bibliometric study.

INTRODUCCION

El hecho de que un niño padezca una enfermedad supone un fenómeno que hace que prácticamente todos los ámbitos en que aquel se mueve se alteren: a nivel corporal se producen cambios que generan ansiedad y, en general, aunque dependiendo de la gravedad, duración y naturaleza de la enfermedad, existirá un sentimiento de cuerpo imperfecto, débil o defectuoso en comparación con otros niños (Ajuriaguerra, 1980). Además de esta afectación en la imagen de sí mismo que tiene el niño, hay que considerar a la familia (sobre todo los padres y hermanos del niño enfermo). En este sentido Leventhal y Sabbeth (1986), engloban unas áreas que son de interés estudiar en estos niños:

- a) Los cuidados suministrados por los padres (en el aspecto fundamental de tratamiento físico).
- b) Los sentimientos y actitudes de los padres hacia el niño.
- c) Funcionamiento familiar en el cuidado del niño.
- d) Funcionamiento de los miembros de la familia, individualmente (incluido el propio niño), en sus vidas, fuera del hogar.

Con frecuencia, la familia de estos niños, y en concreto sus padres, mantienen una actitud de dependencia y de hiperprotección que, unido a la vivencia de inferioridad física respecto a los otros, podrá fomentar el sentimiento de inseguridad en el niño (Blanco y cols., 1986).

En el presente se ha considerado de interés las patologías siguientes: cáncer, asma, diabetes, cardiopatías congénitas ya que todas ellas van a suponer para el niño una serie de alteraciones en su forma normal de vida: un contacto fuerte con el mundo médico (consultas hospitalarias frecuentes, hospitalizaciones prolongadas, intervenciones -en el caso de cardiopatías congénitas por ejemplo-, medicación más o menos continuada, régimen alimenticio, restricciones en el ejercicio físico, etc.). Todo esto vendría en la línea de lo apuntado por Swanson y Willis (1979), que definen estas enfermedades como condiciones médicas que limitan la viveza, vitalidad o energía de los individuos, siendo su desarrollo educativo afectado, y dependiendo de la severidad de la enfermedad, se afectará también su estado social y emocional.

Los trabajos sobre el tema de la enfermedad crónica en los niños y su incidencia en la familia han aumentado considerablemente, en calidad y cantidad desde la década de los 70, en concreto desde 1975 se observa un notable auge.

En 1969 Pritchard define la bibliometría como la aplicación de los métodos estadísticos y matemáticos para arrojar luz en los procesos de comunicaciones escritas y en la naturaleza y curso de una disciplina, por medio de la cuantificación y análisis de aspectos varios de estas publicaciones.

El interés por estos estudios bibliométricos es claro, ya que sirven como punto de partida para esclarecer cuales pueden ser temas de interés actual, así como conocer cual ha sido la evolución de este interés a lo largo del tiempo. También dilucidan, dentro de un determinado tema, cuales son los aspectos menos estudiados, las diferentes orientaciones, etc.

Dentro de los aspectos estudiados en estos trabajos bibliométricos, Carpintero y Peiró (1981) apuntan las siguientes áreas de interés:

- 1) La productividad de los autores en cada una de las áreas, así como la colaboración en los trabajos publicados, apreciando esto por las firmas que aparecen en el trabajo, que permiten detectar grupos de trabajo y colegios invisibles.
- 2) Los títulos de los trabajos, que nos permiten apreciar las áreas de mayor interés o en las que más se trabaja.
- 3) Las citas de los trabajos publicados que nos permite apreciar las preferencias por escuelas, afinidades temáticas, etc.

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo consiste en un análisis comparativo de los trabajos recogidos durante el período 1978-1988 sobre los siguientes trastornos en la infancia: asma, cáncer, cardiopatías congénitas, diabetes y otras enfermedades crónicas.

En concreto se estudiarán la producción anual de trabajos en cada patología, los índices de colaboración de los autores, las citas de los trabajos, las revistas más productivas, los temas de los trabajos, así como los autores más productivos en cada área.

MATERIAL Y METODO

La búsqueda de los trabajos se ha llevado a cabo en la base de datos computerizada del Psychological Abstracts, utilizando los siguientes descriptores: "severity disorders", "chronicity disorders", "hemodialysis", "diabetes", "heart surgery", "cardiovascular disorders", "neoplasm", "asthma", así como "behavior" y "emotional". La búsqueda se limitó a los años 1978 a 1988, a los idiomas inglés, francés y español.

Una vez excluidos los trabajos que no se han considerado de interés, hemos obtenido un volumen total de 193 investigaciones revisadas.

REVISION DE PATOLOGIAS

En relación al **asma infantil** se han localizado un total de 31 trabajos (algunos de ellos estudian el asma comparativamente con otras patologías como cáncer o diabetes y también se han incluido en estos apartados). Se aprecia una leve tendencia al incremento de las publicaciones sobre el tema a lo largo de los años, aunque cabe señalar que en dos años, 1978 y 1980 no se ha encontrado ninguna referencia bibliográfica.

Los autores en general publican en colaboración y solo se han encontrado dos autores productivos, con dos trabajos cada uno de ellos.

Tan solo un trabajo se ha recogido en lengua francesa (todos los demás están publicados en inglés), y las revistas en las que se hayan publicados son variadas, aunque las más frecuentes son los Dissertation Abstracts International.

En relación a las citas, solo se ha localizado un trabajo de consideración con un total de 15 citas. El código del Psychological Abstracts que con más frecuencia ha aparecido es el 3290 (Physical & Psychosomatic Disorders).

El **cáncer infantil** ha producido un total de 64 artículos, encontrándose un interés constante en el tema, aunque el mayor número de trabajos se recogen en 1985.

La mayor parte de los autores publican en colaboración, sobre todo los más productivos. Se ha localizado un colegio invisible, formado principalmente por cuatro autores: Koocher, G.P.; O'Malley, I.E.; Foster, D.J. y Slavin, L.

Todos los trabajos localizados se encuentran escritos en inglés, y en revistas variadas aunque las más frecuentes son los Dissertation Abstracts International.

Los trabajos de los autores más productivos son los que a su vez reciben mayor número de citas (uno de ellos alcanza 28), aunque algunos trabajos de autores no productivos llegan a tener incluso 9 y 13 citas.

También el código del Psychological Abstracts más frecuente ha sido el 3290 (Physical & Psychosomatic Disorders).

Sobre **diabetes** han aparecido 52 trabajos. A partir de 1982 se aprecia un aumento de interés por el tema (aunque en 1980 y 1981 no se ha localizado ningún artículo), el punto álgido se obtiene en 1985 con un total de once trabajos.

La mayor parte de los autores publican en colaboración, y entre los autores más productivos aparecen sólo dos, con cuatro y tres trabajos respectivamente.

Todos los trabajos recogidos se encuentran en inglés, salvo uno que se encuentra en francés y las publicaciones más frecuentes son los Dissertation Abstracts International. Las citas de los trabajos no han sido frecuentes, siendo el máximo un trabajo con cinco citas (hay que considerar que se han eliminado las autocitas).

También el código del Psychological Abstracts más frecuente ha sido el 3290 (Physical & Psychosomatic Disorders).

Sólo se han estudiado siete trabajos referidos a la **diálisis** en niños. Han sido los tres últimos años estudiados 1986, 1987 y 1988 los más productivos en cuanto al número de trabajos. Por tanto se observa que no ha sido un tema que haya despertado gran interés.

Los autores que han publicado sobre el tema lo han hecho en colaboración, y sólo habrá que señalar a cuatro autores que han publicado dos trabajos (que no obstante no han recibido más que una sola cita).

Todos los trabajos se encuentran escritos en inglés y cada uno de ellos se ha publicado en una revista diferente.

El código del Psychological Abstracts más frecuente ha sido el 3370 (Servicios de Atención a la Salud).

Las **cardiopatías congénitas** en la infancia han producido un total de ocho artículos, siendo 1978 el año más productivo, por lo que podría resultar interesante estudiar cual ha sido la evolución del tema, su interés en los estudios, hasta la fecha. Es de señalar que en seis años de los estudiados no se ha localizado ningún trabajo y tampoco se observa una tendencia clara en el número de publicaciones a lo largo de la década. Todos los autores han publicado un sólo trabajo cada uno, la mitad de ellos han publicado en colaboración y la otra mitad en solitario.

Todos los trabajos se encuentran escritos en inglés y se han publicado en revistas diferentes.

Por último en el apartado que se han estudiado **enfermedades crónicas** en general, se han obtenido un total de 37 trabajos. Se han encuadrado aquí trabajos sobre fibrosis quística, epilepsia y otras enfermedades crónicas, que en ocasiones no se explicitan sino se encuentran bajo el término de trastornos crónicos. Todos los trabajos se encuentran escritos en inglés.

Se observa una tendencia relativamente constante con respecto al número de trabajos publicados por años (salvo en 1978 y 1980) en que no se ha encontrado ninguna referencia.

La mitad de los autores publican en solitario y la otra mitad en colaboración, y no se han encontrado más que dos autores con dos trabajos cada uno. No obstante, y considerando que se incluye aquí una amplia variedad de patologías, no resulta extraño que se hayan podido realizar estudios, bajo descriptores más específicos y que por tanto no se hayan reflejado en la búsqueda. Uno de los autores productivos -Drotar, D.- ha recibido un total de 27 citas en uno de sus trabajos, lo que denota el impacto de este artículo en la comunidad científica.

CONCLUSIONES

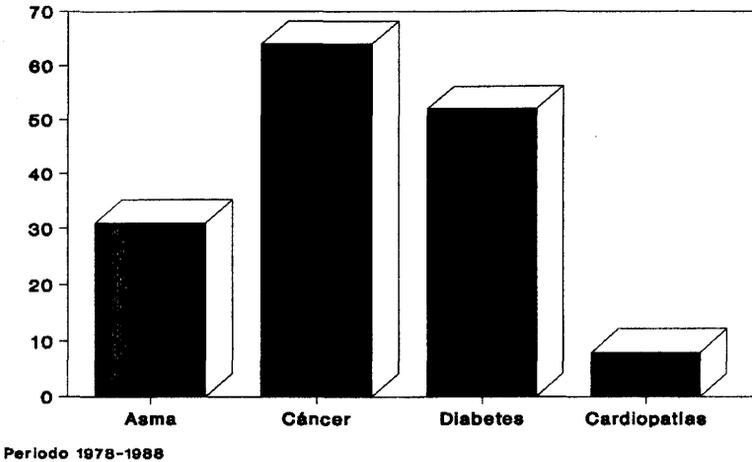
En función del análisis anteriormente expuesto podemos concluir lo siguiente:

1) La patología crónica más estudiada en niños es el cáncer, seguido por la diabetes y el asma, siendo las menos estudiadas las cardiopatías congénitas (Figura 1).

2) Se encuentran muchos más autores que publican en colaboración que en solitario, siendo esto más evidente entre los autores más productivos.

3) En cuanto a la productividad de autores se han obtenido datos acordes con la ley de Lotka, es decir, el mayor porcentaje de trabajos lo obtienen autores que publican muy pocos trabajos, la mayor parte de las veces tan sólo uno, mientras que hay muy pocos autores muy productivos (y estos autores muy productivos se han encontrado en las patologías más estudiadas como diabetes y cáncer).

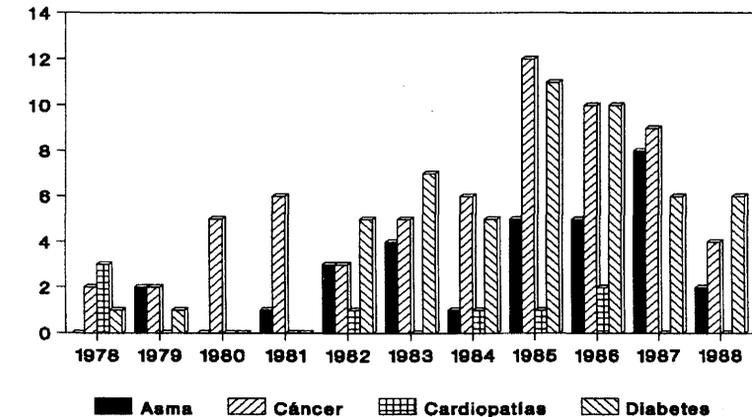
Figura 1.- Enfermedades crónicas



4) Se ha encontrado relación entre los trabajos de los autores más productivos y el impacto de estos trabajos, medido por el número de citas recibidas, aunque esta relación no se ha confirmado estadísticamente, sí se puede apreciar claramente como los trabajos que han recibido un número mayor de citas corresponden a los autores más productivos (eliminadas ya las autocitas).

5) El mayor volumen de trabajos, en todas las áreas, se ha recogido en los últimos cinco años (Figura 2).

Figura 2.- Estudio anual de trabajos



6) Las revistas en las que se han publicado estos trabajos son muy variadas en todas las patologías estudiadas y el mayor nivel de publicaciones se ha producido en Dissertation Abstracts International.

REFERENCIAS

Ajuriaguerra, J. (1983): **Manual de psiquiatría infantil**. Barcelona: Masson.

Blanco, A. y cols. (1986): Depresión y enfermedad en la infancia. **Phronesis. Revista de Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría**, 7 (6), 357-363.

Carpintero, H. y Peiró, J.M. (1981): **Psicología contemporánea. Teoría y métodos cuantitativos para el estudio de la literatura científica**. Valencia: Alfaplús.

Drotar, D. y cols. (1981): Psychosocial functions of children with cystic fibrosis. **Pediatrics**, 67, 338-343.

Lotka, A.J. (1926): The frequency distribution of science productivity. **Journal of the Whashington Academy of Science**, 16 (12), 317-323.

Pritchard, A. (1969): Statistical Bibliography on Bibliometrics. **Journal of Documentation**, 25 (4), 348-349.

Sabbeth, B.F. y Leventhal, J.M. (1984): Marital adjustment to chronic childhood illness: a critique of the literature. **Pediatrics**, 73, 762- 786.

Swanson, B.M. y Willis, D.J. (1979): **Understanding exceptional children and youth**. New York: Houghton-Mifflin.

Correspondencia:

M. Lucía Romo Jiménez.
C/. Media Granaina E 2 4D.
41007 Sevilla.

Depto. de Psiquiatría, Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos.
Facultad de Filosofía y Ciencias de la Educación.
Av. San Francisco Javier s/n.
41005 Sevilla.

**EXPECTATIVAS DE CONTROL SOBRE LA EXPERIENCIA DE DOLOR:
ADAPTACION Y ANALISIS PRELIMINAR DE LA ESCALA
MULTIDIMENSIONAL DE LOCUS DE CONTROL DE SALUD***

**Pastor¹, M.A.; López¹, S.; Rodríguez¹, J.;
Sánchez², S.; Salas³, E. y Pascual³, E.**

¹*Departamento de Psicología de la Salud. Universidad de Alicante.*

²*Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante.*

³*Sección de Reumatología. Hospital General de Alicante (SVS).*

RESUMEN

Este trabajo es un análisis de la "Escala Multidimensional de Locus de Control de Salud" para su adaptación a pacientes con dolor crónico de origen reumático en una población española, determinar su estructura factorial y analizar sus propiedades psicométricas. Para ello estudiamos a 96 pacientes atendidos en la sección de reumatología del Hospital de Alicante (S.V.S.).

Confirmando la formulación multidimensional del constructo de locus de control, hemos obtenido cuatro factores o subescalas independientes: "Profesionales", "Azar", "Destino" e "Interno". Los análisis de fiabilidad y validez han mostrado que, aunque se necesitan más estudios para delimitar las propiedades

* Este trabajo ha sido realizado gracias a la ayuda PA85-0336 de la Dirección General de Investigación Científica y Técnica del Ministerio de Educación y Ciencia.

psicométricas de cada una de la subescalas, de momento la "Escala Multidimensional de Locus de Control de Dolor" parece un instrumento útil para evaluar las expectativas de control sobre el dolor, por parte de las personas con afecciones reumáticas.

ABSTRACT

This work studied the "Multidimensional Health Locus of Control" in order to adapt it to a chronic pain sample, in a Spanish population. We interviewed 96 rheumatic out-patients attending the Rheumatology Unit of Alicante General Hospital. We also determined the factor structure and the psychometric properties of this scale.

We have obtained four independent factors: "Professionals", "Chance", "Fate" and "Internal". Our results supported the multidimensional formulation of the locus of control construct. In general, reliability and validity analysis have shown good results. So we think that the "Multidimensional Pain Locus of Control" scale is an adequate instrument to evaluate beliefs about control over chronic pain experience, in samples of rheumatic patients.

INTRODUCCION

El concepto de locus de control hace referencia a las expectativas que se tienen respecto a la relación entre la conducta y sus resultados o consecuencias. Inicialmente se entendió como una única dimensión bipolar (interno-externo). Las personas con un locus de control "Interno", creerían en la relación existente entre su conducta y los resultados de la misma, mientras que las personas con un locus de control "Externo", no confiarían en dicha relación.

Después de esta primera formulación sobre el concepto de locus de control, Levenson propuso considerarlo como un constructo de naturaleza multidimensional (Levenson, 1972). Wallston y cols. (1976, 1978) adaptaron el concepto, con esta última formulación, al área de la salud, y desarrollaron una escala específica para evaluarlo. La Escala Multidimensional de Locus de Control de Salud (Wallston y cols., 1978), es una de las más utilizadas actualmente y se ha aplicado a muestras de pacientes con diagnóstico de cáncer, dolor crónico, hipertensión, adicciones, etc.

En la formulación multidimensional del constructo de locus de control, se propusieron tres dimensiones independientes: una interna y dos externas. Así, el locus de control "Externo" se dividió en dos tipos: "Otros Poderosos" ("Powerful Others") y "Azar" ("Chance"). Las personas con un locus de control "Interno" piensan que ellos mismos pueden influir en el mantenimiento de su salud, así como modificar el curso y resultado de su enfermedad. Por el contrario, las personas con un locus de control externo, creen que su salud, o su enfermedad, están determinadas por agentes externos a ellos mismos: en un caso, dependerían de las conductas de otras personas, como profesionales de la salud, familiares, amigos, etc. ("Otros Poderosos") y, en otro, se confiaría en la acción del azar, suerte, destino, etc. ("Azar").

Las exigencias de autocuidado propias de los pacientes con enfermedades crónicas (medicación, actividad física, etc.), hacen que adquiera especial relevancia la creencia en la propia habilidad para mantener el nivel de salud y evitar el deterioro. En concreto, en el caso de pacientes con dolor crónico, se ha sugerido la importancia del concepto de locus de control para estudiar y comprender la adaptación a esta situación (Crisson and Keefe, 1988; Buckelew, Shutty, Hewett, Landon, Morrow and Frank, 1990; Skevington, 1990). Los pacientes de dolor crónico con un locus de control centrado en "Azar", han mostrado niveles altos de depresión, ansiedad, dolor e indefensión (Skevington, 1983; Crisson and Keefe, 1988; Buckelew and cols., 1990). Además, estos pacientes percibieron ineficaces las estrategias de afrontamiento utilizadas para aliviar su dolor y malestar psicológico (Rosenstiel and Keefe, 1983; Crisson and Keefe, 1988). Respecto a la relación entre locus de control y afrontamiento, Crisson y Keefe no encontraron correlaciones significativas de las dos dimensiones restantes, locus "Interno" y "Poder de Otros", con las estrategias de afrontamiento evaluadas y con el distrés psicológico.

Muchos autores han indicado la conveniencia de diseñar o adaptar las escalas al área específica donde se van a utilizar, con el propósito de aumentar su capacidad de predicción y, así, eliminar el problema de la falta de relación entre expectativas generales y las conductas concretas realizadas ante situaciones específicas (Lefcourt, 1982; Coombs and Shroeder, 1988; Skevington, 1990). En el caso del dolor crónico, la escala de Wallston y cols. se ha adaptado para evaluar las expectativas de control sobre la experiencia de dolor, cambiando las referencias a la salud o a la enfermedad de la escala original, por las de alivio o empeoramiento del dolor según el caso (Crisson and Keefe, 1988; Toomey y cols., 1988). Recientemente, Skevington ha desarrollado un cuestionario específico para este propósito, "The Beliefs about Pain Control Questionnaire" (Skevington, 1990), pero los items que lo componen hablan de tener o no tener dolor (presencia/ausencia). En nuestro caso, dado que nos interesa la experiencia de dolor crónico de origen reumático y éste es un padecimiento diario, nos

pareció más adecuado utilizar los términos de alivio/empeoramiento del dolor, tal como lo han hecho Toomey y cols. a partir de la escala Multidimensional de Locus de Control de Salud nombrada. En nuestro estudio hemos trabajado sobre su versión para el dolor crónico, ya que preferíamos la escala multidimensional de Wallston pues es un instrumento ampliamente utilizado en este contexto, y sobre el que existen abundantes datos acerca de su fiabilidad y validez, además de haberse reproducido su estructura factorial en las distintas investigaciones que lo han empleado (Buckelew y cols., 1990; Marshall, Collins y Crooks, 1990).

Los objetivos de este trabajo han sido adaptar la escala multidimensional de locus de control para pacientes con dolor crónico de origen reumático en una población española, determinar su estructura factorial y analizar sus propiedades psicométricas.

METODO

1. Sujetos

Hemos estudiado 96 pacientes atendidos en consultas externas por la sección de reumatología del hospital del Servicio Valenciano de Salud de Alicante. Los sujetos estaban diagnosticados de: Síndrome Fibromiálgico Primario (n=20), Artritis Reumatoidea (n=28), Lupus Eritematoso Diseminado (n=11), Espondilitis Anquilosante (n=14) y Artrosis (n=23).

La mayoría eran mujeres (74%) y estaban casadas (86.5%). Respecto a la situación laboral, el 57% estaba en activo (incluye situación de las amas de casa), el 7.3% en paro, el 5.2% jubilado, el 12.5% se encontraba en situación de incapacidad laboral transitoria, y el 17.7% de incapacidad laboral permanente. El nivel educativo de la muestra era bajo, el 44.8% sólo sabía leer y escribir, mientras que el 32.3% tenía estudios primarios. Un 8.3% era analfabeto, un 9.4% tenía estudios medios y sólo un 5.2% universitarios. La media de edad fue 49.7 años (dt = 11.1; rango: 23-65), y la media de tiempo de padecimiento de la enfermedad fue de 124.6 meses (dt = 82.9; rango = 15- 408).

2. Instrumentos

Además de un cuestionario sociodemográfico y de historia clínica elaborado al efecto, hemos aplicado los siguientes instrumentos:

1.- La *"Escala Multidimensional de Locus de Control de Salud-Dolor"* (Toomey y cols., 1988). Esta escala es una adaptación de la "Multidimensional Health Locus of Control"-Forma A (Wallston, Wallston and DeVellis, 1978). Su única diferencia respecto a la de Wallston está en haber sustituido el término salud por el de alivio del dolor, y el término enfermedad por el de empeoramiento del dolor. Por tanto, nos permite determinar si el sujeto cree que puede llegar a influir en su dolor con sus propios medios (locus "Interno"), o éste escapa a su control personal, dependiendo de las acciones de otras personas ("Otros Poderosos"), o de la suerte, destino, azar, etc. ("Azar"). La escala consta de 18 ítems, seis por cada factor, contestados según una escala tipo Likert de 6 puntos, desde 1 ("Completamente en desacuerdo") a 6 ("Completamente de acuerdo"). Puntuaciones altas indican una mayor atribución de control personal o de control externo respecto al dolor (factor "Interno", por un lado, y factores "Otros Poderosos" y "Azar" por otro).

2.- Las escalas de *"Medida del Impacto de la Artritis"* (adaptación de la "Arthritis Impact Measurement Scales" de Meenan y cols., 1982). El AIMS es un instrumento diseñado para evaluar el estatus de salud en pacientes con artritis. El análisis factorial más reciente ha mostrado 5 factores: "Función de las Extremidades Superiores", "Función de las Extremidades Inferiores", "Afecto", "Síntomas" e "Interacción Social" (Mason, Anderson y Meenan, 1988) que son los utilizados en este estudio. En estas escalas, puntuaciones altas indican un pobre estatus de salud, y puntuaciones bajas un buen estatus (a partir de este momento hablaremos de incapacidad funcional para mayor claridad en la exposición).

3.- El *cuestionario de afrontamiento de Vitaliano* (The Vitaliano Revised Ways of Coping Checklist: Vitaliano y cols., 1985), para evaluar la frecuencia con que los enfermos utilizan diferentes estrategias para afrontar su enfermedad. La factorización de este cuestionario mostró 8 factores, 5 activos y 3 evitativos: "Pensamientos Positivos", "Pensamiento Desiderativo", "Búsqueda de Apoyo Social", "Búsqueda de Apoyo Instrumental", "Contabilización de Ganancias", "Culpabilización de Otros", "Evitación del Problema" y "Minimización de la Amenaza" (Rodríguez y cols., 1990).

3. Procedimiento

3.1. Proceso de adaptación de la escala

En la traducción inicial de la escala "Multidimensional de Locus de Control-Dolor", forma A, han intervenido distintos profesionales, intentando conse-

guir una versión lo más exacta posible a la original inglesa. La mayor modificación se ha hecho en las instrucciones de la escala, dada la necesidad de adaptarlas para su aplicación en entrevista. Después de una primera versión piloto para valorar la comprensión y corregir expresiones, se elaboró la versión definitiva de la escala (ver Anexo).

A pesar de existir dos formas paralelas de la escala Multidimensional de Locus de Control, y de ser conscientes del beneficio consiguiente para el análisis de su fiabilidad, hemos utilizado sólo una de ellas porque la aplicación se ha hecho conjuntamente con otras pruebas, en el marco de una evaluación más general de los pacientes con patologías reumáticas y, por tanto, el criterio de economía de tiempo ha sido determinante.

3.2. Proceso de aplicación

Todos los sujetos fueron remitidos por el reumatólogo, que determinaba la inclusión o no de los pacientes que acudían diariamente a consulta, y requería su participación voluntaria. Su decisión se realizaba sobre la base de unos criterios de admisión para el estudio acordados previamente: menores de 65 años, sin enfermedad psiquiátrica ni degenerativa, y con uno de los 5 diagnósticos establecidos (según criterios de Wolfe y cols., 1985 para el diagnóstico de Síndrome Fibromiálgico Primario, y según criterios de la "American Rheumatism Association" para el resto).

Todos los instrumentos se han administrado mediante entrevistas individuales realizadas en consultas externas del hospital. El entrevistador desconocía el diagnóstico del paciente al que atendía y aseguraba el anonimato de sus respuestas.

3.3. Corrección y tratamiento estadístico

Las respuestas fueron puntuadas según la siguiente escala:

- Completamente de acuerdo (6),*
- Bastante de acuerdo (5),*
- Algo de acuerdo (4),*
- Algo en desacuerdo (3),*
- Bastante en desacuerdo (2),*
- Completamente en desacuerdo (1).*

Se han desarrollado programas en lenguaje DBASE para la corrección mecanizada de los instrumentos empleados. A efectos de comparación, las

puntuaciones totales se han igualado de 0 a 100. En este proceso, se ha considerado el número diferente de ítems que componen cada factor.

El análisis factorial se ha realizado utilizando el programa BMDP4M-FACTOR ANALYSIS del paquete estadístico BMDP. También hemos utilizado programas del SPSSX-PC, FRECUENCIAS para el análisis descriptivo de la muestra, y RELIABILITY y CORRELATION para los análisis de fiabilidad y validez de la escala, respectivamente.

RESULTADOS

1. Análisis factorial

1.1. Estructura empírica de la escala

Sobre la matriz de correlaciones hemos aplicado el análisis factorial utilizando el método de análisis de componentes principales y rotación ortogonal (Varimax). En este trabajo, se han considerado aquellos factores que han cumplido los siguientes criterios: factores con valor propio superior a la unidad, en los que saturaran un mínimo de tres ítems (se incluyeron los ítems con pesos sólo en un factor mayores de .50), que explicaran varianza sustancialmente diferente (cuando ésta se mantuvo más o menos homogénea se detuvo el proceso de extracción de factores) y que presentasen coherencia teórica.

La solución final se compuso de 4 factores que explicaron un 96% de la varianza. Por orden de mayor a menor varianza explicada, fueron:

FACTOR I. "PROFESIONALES": Los ítems que saturaron en este factor y sus pesos se encuentran en la tabla 1. Este factor explicó el 30% de la varianza y en él saturaron los 5 ítems que hacían referencia específica al control de los profesionales de la salud en el alivio del dolor, no saturando el explícitamente referido al papel de la familia (su peso en este factor fue de .06). Por esta razón, sustituímos el nombre de "Otros Poderosos" por el de "Profesionales". Además, el ítem nº17 también saturó en este factor, mientras que en la versión inglesa lo hizo en el factor de locus de control "Interno" exclusivamente.

Tabla 1.- FACTOR I: "PROFESIONALES"

Nº Item	Contenido Item	Peso
10	Los médicos son los que pueden aliviar mi dolor.	.79
5	Siempre que mi dolor empeora debo consultar a un médico.	.74
3	Ir regularmente al médico es la mejor forma de evitar que mi dolor empeore.	.66
18	Para aliviar mi dolor sólo puedo hacer lo que mi médico me dice que haga.	.64
14	Cuando mi dolor disminuye es, generalmente, porque otras personas me han cuidado bien.	.60
17	Si hago las cosas adecuadas puedo aliviar mi dolor.	.51

FACTOR II. "INTERNO": Los ítems de este factor y sus pesos están en la tabla 2. El factor II explicó un 23% de varianza y en él saturaron 4 ítems. El ítem nº17 de la escala original, que se incluía en este factor, "Si hago las cosas adecuadas puedo aliviar mi dolor" fue eliminado de la escala pues también saturó en el anterior (en FI: .51 y en FII: .57). Finalmente, el ítem nº8 que también pertenecía a este factor en la estructura original inglesa, en nuestro estudio no obtuvo un peso suficiente para ser incluido en el mismo (.26).

Tabla 2.- FACTOR II: "INTERNO"

Nº Item	Contenido Item	Peso
6	Puedo aliviar mi dolor por mí mismo.	.71
12	Lo que yo haga o deje de hacer es lo más importante para aliviar mi dolor.	.70
13	Si me cuido puedo aliviar mi dolor.	.57
17	Si hago las cosas adecuadas puedo aliviar mi dolor.	.57
1	Si mi dolor empeora, lo que yo hago influye en la rapidez con que consigo aliviarlo.	.53

FACTOR III. "AZAR": Este factor está compuesto por tres de los 6 ítems pertenecientes al factor "Chance" de la versión inglesa. Estos tres ítems hacen referencia específica al papel de la suerte o de la casualidad en el alivio del dolor (ver tabla 3), por lo que el nombre asignado fue el de "Azar". En nuestro estudio explicó el 22% de varianza.

Tabla 3.- FACTOR III: "AZAR"

Nº Item	Contenido Item	Peso
9	La suerte tiene una gran influencia en la rapidez con que mi dolor se alivia.	.85
11	Si mi dolor se alivia es, en gran medida, cuestión de buena suerte.	.77
4	La mayoría de las cosas que alivian mi dolor me ocurren por casualidad.	.70

FACTOR IV. "DESTINO": Este factor agrupó a los tres ítems restantes del original "Chance", que hacían referencia explícita a la incontrolabilidad de los resultados de la conducta individual (ver tabla 4), y a cierto nivel de fatalismo, por eso lo nombramos "Destino". El factor "Destino" explicó el 21% de varianza.

Tabla 4.- FACTOR IV: "DESTINO"

Nº Item	Contenido Item	Peso
16	No importa lo que haga, si mi dolor tiene que mejorar, mejorará.	.79
15	Haga lo que haga, es probable que mi dolor empeore.	.76
2	Haga lo que haga, si mi dolor va a empeorar, empeorará.	.74

1.2. Depuración de la escala

Después del análisis factorial descrito, eliminamos de la escala los ítems nº7, nº8 y nº17 y repetimos el análisis. Las razones que nos llevaron a eliminar esos tres ítems ya se han apuntado: En primer lugar, los ítems nº7 y nº8 no saturaron en los factores que, por su contenido teórico les correspondía en relación con la estructura original inglesa (FI y FII respectivamente). Ambos saturaron en un factor aparte (nº7 en positivo y nº8 en negativo) que no ha sido considerado por no cumplir los criterios de contener al menos tres ítems y tener coherencia teórica, además de explicar una pequeña proporción de varianza. En segundo lugar, el contenido de estos ítems presenta algunas dificultades: el ítem nº7 ("Mi familia tiene mucho que ver para que mi dolor empeore o mejore") incluye dos contenidos opuestos en el mismo enunciado (alivio-empeoramiento), y el ítem nº8 ("Cuando mi dolor empeora es por mi culpa") adopta forma de acusación al incluir la palabra culpa, todo ello ha podido distorsionar la interpretación de esos dos ítems. En segundo lugar, el ítem nº17 fue eliminado al presentar saturaciones similares en dos factores diferentes. Suponemos que la expresión "si hago las cosas adecuadas..." dadas las características de la

muestra, con un problema crónico y acudiendo de forma periódica a consulta ambulatoria, ha podido interpretarse como cumplimiento de las prescripciones médicas, con lo cual la presencia del ítem en ambos factores es lógica.

Una vez eliminados esos tres ítems, se aplicó un nuevo análisis, manteniendo los criterios antes expuestos para la aceptación de factores. La versión última de la escala quedó con 15 ítems distribuidos del siguiente modo: El factor "Profesionales" con los ítems nº10, 5, 3, 18 y 14 (pesos de .77, .75, .69, .63, .62 respectivamente). El factor "Interno", en el que saturaron los ítems nº12, 6, 13 y 1 (pesos de .72, .71, .55 y .52 respectivamente). El factor "Azar" compuesto por los ítems nº9, 11 y 4 (pesos de .84, .81 y .73 respectivamente) y, finalmente, los ítems nº16, 15 y 2 saturaron en el factor "Destino" (pesos de .81, .77 y .72 respectivamente). De este modo, la solución final se compuso de 4 factores que explicaron un 87% de varianza. Estos factores fueron, por orden de varianza explicada, los siguientes: "Profesionales" (FI: explicó el 27%), "Azar" (FII: explicó el 21%) "Destino" (FIII: explicó el 20%), e "Interno" (FIV: explicó el 19%). (Ver Tabla 5).

Tabla 5.- PESOS, ÍTEMS Y VARIANZA EXPLICADA POR CADA FACTOR

Nº ÍTEM	FI	FII	FIII	FIV
FI: "Profesionales" (27% ve)				
10 (8)	.77	-.16	.02	-.00
5 (5)	.75	.13	-.07	.05
3 (3)	.69	.22	-.16	.09
18 (15)	.63	-.08	.01	-.00
14 (12)	.62	.11	.15	.40
FII: "Azar" (21% ve)				
9 (7)	.07	.84	-.08	.05
11 (9)	.21	.81	-.23	-.02
4 (4)	-.17	.73	.18	-.11
FIII: "Destino" (20% ve)				
16 (14)	.15	.05	.81	.00
15 (13)	-.23	.10	.77	-.00
2 (2)	-.01	.12	.72	-.33
FIV: "Interno" (10% ve)				
12 (10)	.08	-.01	-.14	.72
6 (6)	-.21	.13	.10	.71
13 (11)	.27	-.11	-.18	.55
1 (1)	.10	-.07	-.05	.52

ve: varianza explicada. Entre paréntesis nº ítem en la versión definitiva de la escala.

2. Analisis descriptivo

2.1. Items

La mayoría de las medias estaban cerca de los valores extremos y las desviaciones típicas fueron muy similares (ver tabla 6). Sólo cinco items obtuvieron medias situadas entre 3 (algo en desacuerdo) y 4 (algo de acuerdo). De estos 5 items, 4 (los nº12, 9, 14 y 13 de la versión definitiva) pertenecen a los 3 factores con contenido referente al papel de agentes externos en el control del dolor, y sólo uno (nº 1) hace referencia al control personal.

Tabla 6.- MEDIAS Y DESVIACIONES TIPICAS DE LOS ITEMS

	M	dt
FI		
8	5.27	1.19
5	4.65	1.86
3	4.38	1.82
15	5.21	1.26
12	3.78	2.02
FII		
7	2.45	1.76
9	3.16	2.11
4	2.22	1.48

	M	dt
FIII		
14	3.77	1.94
13	3.43	1.80
2	4.53	1.74
FIV		
10	4.56	1.56
6	2.96	1.95
11	5.16	1.12
1	3.94	1.72

Numeración items definitiva.

Analizando el contenido de los items que componen cada factor, parece que los pacientes con enfermedades reumáticas tienden a estar más de acuerdo con el papel de los profesionales en el control de su dolor (los items del factor "Profesionales" han obtenido las medias más altas: la mínima = 3.78, y la máxima = 5.27) y más en desacuerdo con la posible influencia de la suerte o de la casualidad en su dolor (los items del factor "Suerte" presentaron las medias más bajas: la mínima = 2.22, y la máxima = 3.16).

La puntuación media más baja la obtuvo el item nº4 ("La mayoría de las cosas que alivian mi dolor me ocurren por casualidad"), y la más alta el nº8 ("los médicos son los que pueden aliviar mi dolor"). El rango de movimiento de las medias se sitúa desde la alternativa de respuesta "Bastante en desacuerdo" hasta la de "Bastante de acuerdo".

Las correlaciones de cada ítem con el factor correspondiente están en la tabla nº7. Los ítems que presentaron las correlaciones más altas fueron los de los factores externos "Azar" y "Destino", siendo la más baja igual a .73, y la más alta a .88. Los ítems de los factores "Interno" y "Profesionales" fueron los que obtuvieron las correlaciones más bajas con la puntuación total en el factor (rango de .56 a .70 y de .55 a .78, respectivamente).

Tabla 7.- CORRELACIONES ITEMS-FACTOR (a)

"PROFESIONALES"		"INTERNO"	
nº ítem	r	nº ítem	r
3	.77	1	.65
5	.78	6	.69
8	.70	10	.70
12	.75	11	.56
15	.55		
"AZAR"		"DESTINO"	
nº ítem	r	nº ítem	r
4	.73	2	.78
7	.83	13	.80
9	.88	14	.80

(a): $p \leq .001$ para todos los coeficientes. Numeración ítems definitiva.

2. Factores

Las medias y desviaciones típicas de cada factor en el total de la muestra y en cada grupo de patología se encuentran en la tabla 8. En la muestra total, el factor "Profesionales" presentó la media más alta ($M = 73.3$), seguido de los factores "Interno" ($M = 63.3$), "Destino" ($M = 58.3$), y "Suerte" ($M = 32.3$).

El análisis de correlación entre los factores mostró dos relaciones significativas entre ellos: "Suerte" y "Destino" correlacionados positivamente ($r = .27$, $p < .01$), "Interno" y "Destino" negativamente ($r = -.21$, $p < .05$) (ver tabla 9).

Tabla 8.- MEDIAS Y DESVIACIONES TÍPICAS DE LOS FACTORES

	G. TOTAL (n=96)		SFP (n=20)		AR (n=28)	
	M	dt	M	dt	M	dt
"Profesionales"	73.3	23.7	68.4	27.1	82.2	20.1
"Interno"	63.3	21.0	54.7	20.0	60.2	23.0
"Destino"	58.3	29.1	68.0	27.1	55.5	25.5
"Azar"	32.3	29.4	44.7	27.9	32.1	28.7
	LES (n=11)		EA (n=14)		OA (n=23)	
	M	dt	M	dt	M	dt
"Profesionales"	63.6	17.7	64.3	25.0	77.0	22.5
"Interno"	60.5	18.8	69.3	17.9	71.9	19.8
"Destino"	48.5	29.8	48.5	35.8	63.7	27.1
"Azar"	12.7	17.8	27.7	35.3	33.9	28.4

SFP: Síndrome Fibromiálgico Primario; AR: Artritis Reumatoidea; LES: Lupus Eritematoso Sistémico; EA: Espondilitis Anquilosante; OA: Artrosis.

Tabla 9.- ANALISIS DE CORRELACION ENTRE FACTORES LOCUS DE CONTROL

	"Interno"	"Azar"	"Destino"	"Profesionales"
"Interno"	---			
"Azar"	-.04	---		
"Destino"	-.21*	.27**	---	
"Profesionales"	.19	.11	-.04	---

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$

3. Fiabilidad y validez

3.1. Fiabilidad: consistencia interna

Se calculó el coeficiente alpha de Cronbach para cada una de las cuatro subescalas. El coeficiente alpha para "Profesionales" (5 ítems) y "Azar" (3 ítems), fue de .75 respectivamente. El alpha de "Destino" (3 ítems) fue .71 y, finalmente el de "Interno" (4 ítems) fue .54, el coeficiente más bajo.

3.2. Validez

La escala presenta **VALIDEZ APARENTE** al coincidir varios profesionales de la salud, así como los enfermos de la aplicación piloto en que se estaban midiendo creencias sobre el control del dolor.

La **VALIDEZ DE CONTENIDO** parece estar conseguida al ser una traducción lo más exacta posible de la escala original, cuyos ítems han mostrado cubrir el dominio teórico de locus de control. Como ya se ha dicho, hemos intentado ser fieles a la escala original, sin añadir ningún ítem diferente.

VALIDEZ DE CONSTRUCTO: Esperamos obtener, en primer lugar, que el factor locus de control "Interno" se relacione negativamente con las medidas de incapacidad funcional y positivamente con la utilización de estrategias activas de afrontamiento frente a la enfermedad. En el caso de los factores externos "Azar" y "Destino", esperamos que las relaciones sean de signo contrario. Respecto al factor externo "Profesionales", los resultados han sido inconsistentes en la literatura revisada, aunque desde un punto de vista teórico esperamos que las relaciones sean del mismo signo que las del resto de factores externos.

Todas las relaciones del factor locus de control "Interno" con incapacidad funcional han sido de signo negativo (ver tabla 10), siendo 3 significativas de un total de 5: con "Función Extremidades Superiores" ($r = -.25$, $p \leq .01$), "Afecto" ($r = -.21$, $p \leq .05$) y "Síntomas" ($r = -.25$, $p \leq .01$).

Tabla 10.- CORRELACIONES FACTORES LOCUS DE CONTROL CON ESTATUS DE SALUD

	Extr. Inf.	Extr. Sup.	Afecto	Síntomas	Int. Soc.
"Interno"	-.18	-.25**	-.21*	-.25**	-.05
"Azar"	.15	-.01	.12	.18	-.00
"Destino"	.31**	.10	.31**	.23*	.18
"Profesionales"	.19	.15	-.06	-.01	-.12

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$

Respecto a las relaciones del locus de control "Interno" con las estrategias de afrontamiento (tabla 11), sólo ha presentado correlaciones positivas y significativas con las estrategias activas: "Pensamientos Positivos" ($r = .22$,

$p \leq .05$), "Búsqueda de Apoyo Social" ($r = .26, p \leq .01$), "Búsqueda de Apoyo Instrumental" ($r = .21, p \leq .05$), y "Contabilización de Ganancias" ($r = .30, p \leq .01$). No se han obtenido relaciones con las estrategias evitativas, aportando datos sobre la validez discriminante de la subescala.

Tabla 11.- CORRELACIONES FACTORES LOCUS DE CONTROL CON AFRONTAMIENTO

	F1	F2	F3	F4	F5	F6	F7	F8
"Interno"	.22*	.04	.26**	.21*	.30**	-.01	-.06	.18
"Azar"	.19	.22*	.11	-.09	-.22*	.09	.18	.20*
"Destino"	-.23*	.15	.02	.11	-.02	-.04	.21*	.05
"Profesionales"	.11	.07	.09	.06	-.03	-.22*	-.03	.05

* $p \leq .05$; ** $p \leq .01$; F1: "Pensamientos Positivos"; F2: "Pensamiento Desiderativo"; F3: "Búsqueda de Apoyo Social"; F4: "Búsqueda de Apoyo Instrumental"; F5: Contabilización de Ganancias"; F6: "Culpabilización de Otros"; F7: "Evitación del Problema"; F8: "Minimización de la Amenaza".

El factor de locus de control "Azar" no presentó ninguna relación significativa con las variables de incapacidad funcional (tabla 10). "Azar" se ha relacionado significativa y positivamente con la estrategia evitativa "Pensamiento Desiderativo" ($r = .22, p \leq .05$) y con la activa "Minimización de la Amenaza" ($r = .20, p \leq .05$), y significativa y negativamente con la estrategia activa "Contabilización de Ganancias" ($r = -.22, p \leq .05$) (Tabla 11).

"Destino", ha presentado relaciones de signo positivo con las variables de incapacidad funcional, siendo significativas las obtenidas "Función de Extremidades Inferiores" ($r = .32, p \leq .01$), "Afecto" ($r = .31, p \leq .01$) y "Síntomas" ($r = .23, p \leq .05$) (Tabla 10). Respecto a las relaciones con las estrategias de afrontamiento, "Destino" se ha asociado significativa y negativamente a la estrategia activa "Pensamientos Positivos" ($r = -.23, p \leq .05$), y significativa y positivamente a la estrategia evitativa "Evitación del Problema" ($r = .21, p \leq .05$) (Tabla 11).

"Profesionales", no ha presentado ninguna relación significativa con incapacidad funcional (Tabla 10), y sólo se ha relacionado significativa y negativamente con la estrategia evitativa "Culpabilización de Otros" ($r = -.22, p \leq .05$) (Tabla 11).

DISCUSION Y CONCLUSIONES

La estructura factorial obtenida coincide en gran parte con la presentada por los autores de la escala. La diferencia fundamental es la división de la subescala "Azar" ("Chance") en dos factores, o subescalas, bastante similares en cuanto al número de ítems que contienen (3 cada uno) y a su varianza explicada ("Azar" = 21%, "Destino" = 20%). Sin embargo, el contenido teórico de ambos añade un matiz al contenido general de "Chance", distinguiendo dos tipos: uno relacionado con la influencia de la suerte, la casualidad, sin más, para el que hemos mantenido el nombre original del factor, "Azar". Otro, que tiene que ver con la influencia del destino, con la incontrolabilidad de los resultados de la conducta porque, "me tiene que pasar, haga lo que haga", y al que hemos nombrado "Destino".

Pensamos que probablemente esta diferencia sea algo específico de nuestra cultura y/o del problema concreto que hemos estudiado. No hay que olvidar que el tiempo medio de padecimiento de la enfermedad, en el momento de la aplicación de la escala, era de 10 años y 3 meses. Tiempo en el que los pacientes han intentado varios tratamientos con desigual eficacia y, además, muchos de estos pacientes han ido empeorando progresivamente. En cualquier caso, es obvia la necesidad de, por un lado, realizar trabajos similares con otras muestras, tanto de personas enfermas como sanas; y, por otro lado, determinar si variables "situacionales" y que tienen que ver con la situación y evolución clínica (tiempo de padecimiento de la enfermedad, tratamientos intentados y eficacia de los mismos, nivel de deterioro funcional, etc.) determinan o no las expectativas de control sobre la experiencia de dolor crónico. Los resultados en este punto son inconsistentes, algunos autores encontraron una relación entre, por ejemplo, el tiempo de padecimiento de la enfermedad y el locus de control (Reid, 1984), mientras que otros no (Westbrook, Gething y Bradbury, 1987) (aunque en estos casos se emplearon otras medidas de locus de control).

En general, el análisis de correlación entre los 4 factores de la escala confirma su independencia salvo dos excepciones, la relación de signo positivo de "Azar" y "Destino" y la de signo negativo de este último con el factor "Interno". Respecto a la primera de ellas, pensamos que es útil, por las razones ya expuestas, mantener la separación de los dos factores con puntuaciones específicas, y no dar una puntuación total en ambos tratándolos como una única dimensión. Respecto a la segunda relación, está en la línea de la obtenido por Wallston y cols. con la escala multidimensional de locus de control de salud, en la que las subescalas de locus de control "Interno" ("Internal") y la de "Azar" ("Chance") correlacionaron negativamente, especialmente en la forma A (Wallston y cols., 1978), que es la utilizada por nosotros en este estudio. Hay que destacar la independencia de los dos factores "Destino" y "Azar" respecto

al factor "Profesionales", confirmando lo obtenido por S. Skevington con una muestra de pacientes de dolor crónico, con su escala para evaluar las creencias sobre el control del dolor, ya nombrada en otro apartado (B.P.C.Q.: Skevington, 1990), y por otros autores con la escala multidimensional de Wallston y cols. (McCallum, Keith y Wiebe 1988).

Respecto a las propiedades psicométricas de la escala, los coeficientes de consistencia interna obtenidos han sido bastante aceptables dado el pequeño número de ítems que compone cada subescala, salvo en el caso del alfa correspondiente a la subescala "Interno". Los coeficientes alpha obtenidos por Wallston y cols. (1978) para cada una de sus tres subescalas, en las dos formas paralelas elaboradas, se encontraban entre .67 y .77. Cuando se combinaron las dos formas y aumentó el número de ítems al doble, los coeficientes subieron, situándose entre .83 y .86. Como ya se comentó, en nuestro caso se ha utilizado una sola forma porque la escala forma parte de una evaluación más completa, y el criterio de brevedad ha sido determinante.

El factor más débil respecto a la fiabilidad es, como hemos dicho, el de locus de control "Interno" (FIV). También es el factor menos homogéneo y el que presenta el porcentaje de varianza explicada más bajo. Sin embargo, es el factor que ofrece las mejores relaciones desde el punto de vista de la validez de constructo. La baja consistencia interna de este factor en relación con el resto, es una tendencia observada en otros estudios. Por ejemplo, McCallum y cols., en una muestra de 54 estudiantes obtuvieron los siguientes coeficientes alpha en las tres escalas: .59 (LC interno), .67 (LC azar), y .76 (LC poder de otros) (McCallum, Keith y Wiebe, 1988). En nuestro caso, pensamos que el contenido de este factor tiene que ser mejorado, quizá concretando más el significado de algunas expresiones que pueden ser ambigüas, dando lugar a diferentes interpretaciones, ("por mí mismo", "si me cuido", etc.), además de no descartar la posibilidad de añadirle más ítems.

Respecto al perfeccionamiento de la escala, debemos señalar un aspecto relacionado con su validez de contenido. Quizá un problema respecto a este punto, sea el posible sesgo hacia el "alivio del dolor" que presenta la traducción (al traducir salud por alivio del dolor y enfermedad por empeoramiento del dolor), aunque en la escala original también hay más ítems que, como el nombre de la escala indica, hacen referencia a la salud. El desequilibrio entre ítems referidos a alivio ($n=12$) y a empeoramiento ($n=3$) es evidente. Pensamos que ambas situaciones son importantes en la experiencia de dolor crónico, con períodos inestables de mejoría y empeoramiento en cuanto a la intensidad del dolor, pudiendo ser diferentes las creencias respecto a la influencia en el alivio y en el empeoramiento. En cualquier caso, se podría hacer un estudio, bien añá-

diendo items referidos al empeoramiento del dolor, o elaborando dos formas equivalentes, con la única diferencia del cambio en ese contenido concreto.

Finalmente, los dos factores que presentan mejores propiedades respecto a su validez de constructo son "Interno" y "Destino", con relaciones de signo negativo y positivo con la incapacidad funcional respectivamente. Las relaciones del factor "Interno" con las estrategias de afrontamiento, van en la línea de lo también obtenido por otros autores, al igual que las escasas relaciones del factor "Profesionales" con el resto de variables consideradas (Wallston y cols., 1978; Rosenstiel y Keefe, 1983; Skevington, 1983; Crisson y Keefe, 1988).

En conclusión, la escala presentada necesita, sin duda, de más estudios para delimitar sus propiedades psicométricas, especialmente en cuanto a su validez, pues además nos encontramos con la limitación de que los instrumentos utilizados en este estudio también están en proceso de adaptación a muestra española. Sin embargo, pensamos que de momento es un instrumento útil para evaluar las expectativas de control sobre el dolor, por parte de las personas con afecciones reumáticas. Por otra parte, los resultados obtenidos parecen confirmar la formulación multidimensional del constructo de locus de control, añadiendo en nuestro caso la diferenciación entre los factores externos "Azar" y "Destino".

REFERENCIAS

- Buckelew, S.P.; Shutty, M.S.; Hewett, J.; Landon, T.; Morrow, K. and Frank, R. G. (1990): Health locus of control, gender differences and adjustment to persistent pain. *Pain*, 42: 287-294.
- Coombs, W.N. and Schroeder, H.E. (1988): Generalized locus of control: an analysis of factor analytic data. *Personality and Individual Differences*, 9 (1): 79-85.
- Crisson, J.E. and Keefe, F.J. (1988): The relationship of locus of control to pain coping strategies and psychological distress in chronic pain patients. *Pain*, 33: 147-154.
- Lefcourt, H. M. (1982): *Locus of control: current trends in theory and research*. (2nd edn), L.Erblaum, Hillsdale, NJ.
- Levenson, H. (1972): Distinctions within the concept of internal- external control: development of a new scale. *Proceedings of the 89th Annual Convention of the American Psychological Association*, Vol. 7, pp 261-262.

Marshall, G. N.; Collins, B.E. y Crooks, V.C. (1990): A comparisons of two multidimensional health locus of control instruments. **Journal of Personality Assessment**, 54 (1 y 2), pp. 181-190.

Mason, J.H.; Anderson, J.J. and Meenan, R.F. (1988): A model of health status for rheumatoid arthritis. A factor analysis of the Arthritis Impact Measurement Scales. **Arthritis and Rheumatism**, 31 (6): 714-720.

McCallum, D.M.; Keith, B.R. y Wiebe, D.J. (1988): Comparison of response formats for Multidimensional Health Locus of Control Scales: six levels versus two levels. **Journal of Personality Assessment**, 52 (4), 732-736.

Meenan, R.F.; Gertman, P.M.; Mason, J.H. and Dunaif, R. (1982): The Arthritis Impact Measurement Scales. Further investigations of a health status measure. **Arthritis and Rheumatism**, 25 (9): 1048-1053.

Reid, D.W. (1984): Participatory control and the chronic- illness adjustment process. En H.M. Lefcourt (Ed.), **Research with the locus of control construct (Vol.3)**, New York: Academic Press.

Rodríguez, J.; López, S. y Pastor, M.A. (1990): Informe de la investigación: "Estrategias de afrontamiento ante problemas de salud". DGICYT.

Rosenstiel, A.K. y Keefe, F.J. (1983): The use of coping strategies on chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. **Pain**, 17: 33-44.

Skevington, S. M. (1983): Chronic pain and depression: universal or personal helplessness?. **Pain**, 15: 309-317.

Skevington, S. M. (1990): A standardised scale to measure beliefs about controlling pain (B.P.C.Q.): a preliminary study. **Psychology and Health**, 4: 221-232.

Toomey, T.C.; Lundeen, T.F.; Mann, J.D. and Abashian, S. (1988): The pain locus of control scale: a comparison of chronic pain patients and normals. Unpublished paper.

Vitaliano, P.P.; Russo, J.; Carr, J.E.; Maiuro, R.D. and Becker, J. (1985): The ways of coping checklist. Revision and psychometric properties. **Multivariate Behavioral Research**, 20: 3-86.

Wallston, B.; Wallston, K.; Kaplan, G. and Maides, S. (1976): Development and validation of the Health Locus of Control (HLC) scale. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 44: 580-585.

Wallston, K.; Wallston, B. and DeVellis, R. (1978): Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) scales. **Health Educational Monographs**, 6: 160-176.

Westbrook, M.T.; Gething, L. y Bradbury, B. (1987): Belief in ability to control chronic illness: associated evaluations and medical experiences. *Australian Psychologist*, 22 (2): 203-218.

Wolfe, F.; Hawley, D.; Cathey, M.A.; Caro, X. y Russell, I.J. (1985): Fibrositis: Symptom frequency and criteria for diagnosis. An evaluation of 291 rheumatic disease patients and 58 normal individuals. *The Journal of Rheumatology*, 12 (6): 1159-1163.

ANEXO

ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE LOCUS DE CONTROL-DOLOR

"Nos interesa conocer cómo consideran las personas su dolor y qué cosas lo empeoran o mejoran. Le pedimos que nos diga su grado de acuerdo o de desacuerdo con cada una de las frases que voy a leer. Para ello, después de cada frase, también leeré una escala que va desde su absoluto acuerdo hasta su absoluto desacuerdo. Ud. tendrá que elegir una de las 6 alternativas que voy a nombrar: completamente de acuerdo, bastante de acuerdo, algo de acuerdo, algo en desacuerdo, bastante en desacuerdo, completamente en desacuerdo. Debe elegir una, y sólo una, de esas alternativas.

No hay respuestas buenas ni malas, simplemente sirven para expresar su opinión. Intente contestar a cada frase independientemente, es decir, cuando conteste a una, no se deje influir por lo que haya contestado antes. Es importante que responda en función de lo que Ud. cree realmente, no en función de lo que piensa que debería creer, o de lo que piensa que nosotros queremos que crea."

1. Si mi dolor empeora, lo que yo hago influye en la rapidez con que consigo aliviarlo.
2. Haga lo que haga, si mi dolor va a empeorar, empeorará.
3. Ir regularmente al médico es la mejor forma de evitar que mi dolor empeore.
4. La mayoría de las cosas que alivian mi dolor me ocurren por casualidad.
5. Siempre que mi dolor empeora, debo consultar a un médico.

6. Puedo aliviar mi dolor por mí mismo.
7. Mi familia tiene mucho que ver para que mi dolor empeore o mejore.*
8. Cuando mi dolor empeora es por mi culpa.*
9. La suerte tiene una gran influencia en la rapidez con que mi dolor se alivia.
10. Los médicos son los que pueden aliviar mi dolor.
11. Si mi dolor se alivia es, en gran medida, cuestión de buena suerte.
12. Lo que yo haga o deje de hacer, es lo más importante para aliviar mi dolor.
13. Si me cuido, puedo aliviar mi dolor.
14. Cuando mi dolor disminuye es, generalmente, porque otras personas (médicos, enfermeras, familiares, amigos, etc.) me han cuidado bien.
15. Haga lo que haga, es probable que mi dolor empeore.
16. No importa lo que haga, si mi dolor tiene que mejorar, mejorará.
17. Si hago las cosas adecuadas, puedo aliviar mi dolor.*
18. Para aliviar mi dolor sólo puedo hacer lo que mi médico me dice que haga.

*Items eliminados de la versión final.

EVALUACION DEL ESTRES DEL PACIENTE QUIRURGICO

**López-Roig¹, S.; Pastor¹, M.A.; Rodríguez¹, J.;
Sánchez², S. y Belmonte³, J.**

¹*Departamento de Psicología de la Salud. Universidad de Alicante.*

²*Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante.*

³*Servicio Oftalmología. Hospital General Alicante. SVS.*

RESUMEN

Hemos estudiado las propiedades psicométricas de una escala (adaptada a nuestro ámbito a partir de la de Volicer & Bohannon, 1975), para evaluar cuáles de los acontecimientos asociados a la hospitalización, la enfermedad y la intervención quirúrgica son estresantes para los pacientes, utilizando una muestra de 30 pacientes ingresados en el Hospital General de Alicante del SVS para ser intervenidos quirúrgicamente por desprendimiento de retina unilateral.

Los resultados indican que la Escala de Estrés Hospitalario es un instrumento válido, fiable y con posibilidades de aplicación a contextos diferentes dentro de la situación hospitalaria.

ABSTRACT

We have studied the psychometric properties of a hospital stress appraisal scale, adapted to a spanish population from Volicer & Bohannon scale

(1975), and to determine its usefulness to evaluate stressful events associated with the hospitalization, with the illness and with the surgery. In general, validity and reliability analysis have shown adequate results.

The Hospital Stress Scales has been shown as a useful instrument to apply to Spanish hospitalized surgical patients, and to different hospital specific frameworks.

INTRODUCCION

La cirugía ha sido reconocida como un importante acontecimiento generador de estrés. Los pacientes presentan miedo, ansiedad e incertidumbre, tanto antes como después de la operación. Los pacientes se enfrentan a toda una serie de estímulos estresantes complejos que, por un lado, constituyen sensaciones desagradables, y, por otro, pueden ser factores determinantes del ajuste emocional y de la recuperación física durante el período post-quirúrgico (Cohen & Lazarus, 1973; Johnston & Carpenter, 1980; Ridgeway & Mathews, 1982).

Además de la evaluación de la ansiedad y del análisis de las distintas variables que pueden jugar un papel en esta respuesta emocional, hay que tener en cuenta que la situación quirúrgica no es un estresor simple y unidimensional. Por el contrario, es posible analizar los diversos contenidos concretos a los que se refiere dicha ansiedad. Así, hay estudios que han medido la ansiedad situacional específica, pidiendo a los pacientes una evaluación de sus preocupaciones respecto de los distintos estresores referidos a la "cirugía" y a los acontecimientos estresantes asociados a las situaciones que la acompañan, es decir, a la hospitalización y sus consecuencias (Johnston, Leventhal & Dabbs, 1971; Lucente and Fleck, 1972; ; Martínez-Urrutia, 1975; Volicer and Bohannon, 1975; Sime, 1976; Johnston, 1982; Wilson-Barnett, 1984).

A través de los estudios se pone de manifiesto que, además de estresores relacionados con el acontecimiento quirúrgico, factores relativos a las condiciones de enfermedad y de hospitalización, vivencias previas, información sobre la enfermedad y la intervención, las relaciones con el personal sanitario, los aspectos relativos al hogar y la familia constituyen los tipos de preocupaciones más citadas y más importantes. Por tanto, los estresores potenciales incluyen también preocupaciones distintas a la situación inmediata de la anestesia, la cirugía o las consecuencias de la hospitalización (Friedlander, Stieinhart, Daly & Snyder, 1982; Regal, Röse, Hähnel & Krause, 1985; Jamison, Parris & Maxson, 1987).

Para la adecuada intervención con pacientes hospitalizados consideramos que es importante disponer de los instrumentos adecuados que permitan una evaluación rápida y fiable de los estresores situacionales reales, es decir, de todo aquello que esté contribuyendo a la elevación de los niveles de ansiedad de los pacientes. Es importante, básicamente por dos razones: la primera es que el conocimiento de los acontecimientos estresantes nos aportará datos con los que podremos, si procede, adaptar una intervención específica; y, la segunda, es que, probablemente, una buena parte de ellos es susceptible de manejo por parte del equipo de salud. Un instrumento de esas características puede servir para ajustar el cuidado de enfermería, ya que éste se puede basar en parte en las asunciones por parte de los profesionales del cuidado de la salud acerca de lo que está estresando a los pacientes.

Volicer and Bohannon (1975) cuantificaron el estrés psicológico debido a la experiencia de la hospitalización por medio de una escala que contenía una lista de 49 eventos experimentados con frecuencia por los pacientes hospitalizados. Desde entonces esta escala ha sido utilizada por diferentes autores (Friedlander et al., 1982; Jamison, et al., 1987; Carr and Powers, 1987; etc.). Nuestro trabajo tiene como objetivo la adaptación de esta escala en nuestro ámbito con el fin de que sirva para el estudio de la existencia de acontecimientos asociados a la hospitalización, enfermedad y la intervención quirúrgica, y para la medida en que esos acontecimientos son percibidos como estresantes por los pacientes.

METODO

Sujetos

Se administró la escala a un muestra compuesta por 30 sujetos, 18 (60%) varones y 12 (40%) mujeres, que ingresan en el hospital por diagnóstico de "desprendimiento de retina" unilateral y por lo que van a ser intervenidos quirúrgicamente entre los 4 y 10 días siguientes al ingreso hospitalario. Durante este período los pacientes deben permanecer acostados en reposo en cama y con los ojos vendados. La edad media es de 54 años (DT = 13; rango 18-75). Un 80% están casados. El nivel educativo medio (estudios primarios) es el más frecuente (45%), distribuyéndose el resto de la muestra entre los niveles inferiores (29% analfabetos y 19% saben leer y escribir); sólo un 7% tiene estudios medios o superiores. La mayoría de los sujetos (71%) tiene un nivel económico bajo ó muy bajo (50.000 y entre 50 y 100.000 pts/mes, respectivamente) mientras que un 19% es de nivel medio y un 10% de nivel alto. Respecto al nivel profesional, un 48% pertenece a niveles bajo ó medio-bajo; un 29% al nivel medio-medio; 10% medio-alto y 13% alto.

El promedio de ingresos hospitalarios previos oscila entre 0 y 7 ingresos anteriores por distintas causas, con una media de 2.4 (DT = 2.2). Los pacientes fueron operados por patología no ocular una media de 1.1 veces (DT = 1.4); un 42% no había sido operado antes en ninguna ocasión. Un 39% de los pacientes había sido intervenido entre 1 y 3 ocasiones por patología ocular de causa distinta al desprendimiento de retina. En un 73% de los casos ésta era la primera vez que iban a ser operados por desprendimiento de retina.

Instrumentos

Mediante la Escala de Ansiedad Estado-Rasgo de Spielberger (STAI) (Spielberger, Gorsuch, & Lushene (1970) obtuvimos una medida de ansiedad como rasgo (RAS) y varias medidas de ansiedad situacional (SIT) en distintos momentos del proceso de hospitalización.

La medida de la depresión fue registrada mediante la aplicación de la Subescala de Depresión de la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalarias (Zigmond y Snaith, 1983).

Además obtuvimos medidas de locus de control y de neuroticismo y extraversión al aplicar la Escala de Locus de Control de Salud (Wallston et al., 1976) y el cuestionario de personalidad de Eysenck & Eysenck (1975).

La escala de Volicer & Bohannon (1975), a la que se refiere el estudio, consta de 49 ítems, distribuidos en nueve factores y se utiliza para evaluar el estrés por acontecimientos asociados al contexto de la hospitalización. En la escala original, el paciente contesta "sí" o "no" el acontecimiento que expresa cada ítem le produce estrés. La medida total de estrés se obtiene sumando las puntuaciones de estrés de cada ítem contestado "sí". La puntuación de estrés de cada acontecimiento es un valor fijo que fue obtenido por los autores en el proceso de la elaboración de la escala, sobre la base del ordenamiento de los distintos ítems, por parte de los pacientes hospitalizados, en función del estrés que les producían. Como se menciona a continuación la escala adaptada por nosotros redujo a 40 el número de ítems, y queda denominada "Escala de evaluación de estrés para hospitalización, cirugía y enfermedad" (EEEHCE).

Procedimiento

En una primera fase, presentamos un listado de los ítems de la escala a los profesionales que trabajaban al cuidado de los pacientes de la muestra (médicos y enfermeras/os), para que analizaran la pertinencia del contenido de los ítems en el contexto de sus pacientes. Cada individuo tenía que responder a ca-

da ítem "sí" o "no", en caso de que pensara que el acontecimiento era pertinente a la experiencia hospitalaria de los pacientes. También fue realizado un estudio piloto con 10 pacientes, a los que se les aplicó la escala. Cada sujeto tenía que responder a cada ítem "sí" o "no", en caso de que el acontecimiento le produjera o no algún tipo de ansiedad o preocupación. Fueron eliminados 16 ítems, no relevantes en el contexto de la muestra estudiada. Fueron añadidos 6 ítems, que reflejaban acontecimientos no explicitados en la escala original. Además se dejó un ítem con respuesta abierta "otros", para aquellos acontecimientos individuales de cada sujeto que pudieran no ser comunes al resto de la muestra.

Las puntuaciones de estrés de cada ítem en la escala original fueron obviadas, porque pensamos que podrían no ser aplicables en nuestro ámbito. Además, nos pareció más sencillo aplicar una escala tipo lickert en cada ítem, que reflejaría así variaciones individuales en la percepción del estrés producido por los distintos acontecimientos.

La escala final consta de 40 ítems (ver anexo). En cada uno de ellos, el paciente valora el grado de estrés (tensión, nerviosismo, preocupación) que le produce el acontecimiento mediante una escala de 0 a 5: **0: el acontecimiento no ha lugar; 1: no le preocupa en absoluto; 2: un poco; 3: bastante; 4: mucho y 5: muchísimo.**

Los ítems fueron clasificados según su contenido hiciera referencia a la Hospitalización (H), la cirugía (C) ó la enfermedad (E); mediante asignación de cada uno de ellos a estas tres categorías por parte de los profesionales consultados con un grado de acuerdo del 84%.

Como se puede ver en el anexo, los ítems referidos a "enfermedad" son específicos de los pacientes con desprendimiento de retina, y es obvio que deberán ser cambiados en función de la patología particular que se pretenda estudiar.

En una segunda fase, se aplicó la escala mediante entrevista individual a la muestra estudiada. En el ingreso del paciente en la planta hospitalaria se obtuvo su consentimiento verbal para participar en el estudio, se recogieron datos demográficos y se administró el STAI completo y el HAD-D para obtener medidas de ansiedad y depresión al ingreso. La escala fue aplicada durante la estancia hospitalaria pre-quirúrgica (3º ó 4º día de estancia), con la excepción de los tres últimos ítems de la subescala "Cirugía" que sólo eran pertinentes en el período post-quirúrgico. En ese momento, los pacientes completaron también la escala de Locus de Control de Salud y el cuestionario de Personalidad. La ansiedad situacional fue registrada, además, en la mañana de la cirugía, dos días después de la cirugía, y cuando los pacientes acudían a revisión por su

oftalmólogo, en el período post-alta. De igual modo, se obtuvieron medidas de depresión durante el período post-quirúrgico y en la visita de revisión post-alta.

RESULTADOS

Hemos utilizado los programas del SPSS-PC RELIABILITY, CORRELATION y FRECUENCIAS para los análisis de fiabilidad, validez de la escala y descriptivo, respectivamente.

La puntuación total media en EEEHCE obtenida por nuestros sujetos es de 50.9 (d.e.: 29.8). La tabla 1 presenta las medias y d.e. de cada uno de los ítems, y la tabla 2 las medias y d.e. de las subescalas.

Tabla 1. MEDIAS Y DESVIACIONES TÍPICAS DE LOS ÍTEMES

ITEM	MEDIA	DT	ITEM	MEDIA	DT
H ₁	.90	.75	H ₂₁	.06	.25
H ₂	.77	.94	H ₂₂	.33	.60
H ₃	1.67	.88	H ₂₃	.27	.52
H ₄	1.17	.69	H ₂₄	1.03	1.07
H ₅	1.33	.55	H ₂₅	.10	.55
H ₆	1.10	.56	H ₂₆	2.69	2.47
H ₇	1.40	1.50	Q ₁	2.37	1.42
H ₈	1.57	1.59	Q ₂	2.33	1.35
H ₉	1.90	1.27	Q ₃	1.50	1.20
H ₁₀	.43	.97	Q ₄	3.03	1.59
H ₁₁	1.47	.97	Q ₅	1.20	1.35
H ₁₂	2.30	1.68	Q ₆	.97	1.03
H ₁₃	2.30	1.18	Q ₇	.03	.18
H ₁₄	.27	.78	E ₁	2.23	1.28
H ₁₅	1.33	.57	E ₂	2.90	1.71
H ₁₆	.13	.43	E ₃	3.23	1.28
H ₁₇	.30	.84	E ₄	2.83	1.32
H ₁₈	2.33	1.60	E ₅	1.70	1.60
H ₁₉	.00	.00	E ₆	.27	1.05
H ₂₀	.13	.43	E ₇	.63	1.24

Tabla 2. MEDIAS Y DT DE LAS SUBESCALAS Y P. TOTAL

	MEDIA	DT
TOTAL	50.93	29.75
SUBESCALA HOSPITALIZACION	44.64	31.50
SUBESCALA CIRUGIA	34.70	38.45
SUBESCALA ENFERMEDAD	36.51	29.59

El coeficiente de fiabilidad (Alpha de Cronbach) para la escala total es de .77. Los coeficientes de las subescalas son: .52 para la de Hospitalización; .62 para los ítems referidos a la Enfermedad y .29 para la de Cirugía.

La matriz de correlaciones entre las puntuaciones de las subescalas y la puntuación total indica la existencia de una consistencia interna de la escala bastante aceptable (ver tablas 3 y 4).

Tabla 3. CORRELACIONES SUBESCALAS Y P. TOTAL

SUBESCALA	P. TOTAL
H	.94***
C	.85***
E	.90***

*** $p \leq .001$

La escala presenta una validez de contenido sobre la base de los trabajos realizados por Volicer y colaboradores (1975, 1978) y por otros autores que la han empleado con buenos resultados en distintas muestras. En nuestro caso, los datos aportados por la revisión y modificación de la escala de los profesionales de la planta hospitalaria establecen la validez aparente, sobretudo por lo que se refiere a la muestra de pacientes oftalmológicos con los que se ha trabajado.

El análisis de las correlaciones con las medidas de ansiedad y depresión indica que, efectivamente, se han producido relaciones significativas en la dirección teóricamente esperable (ver tabla 5). Así, encontramos relación significativa entre el nivel de estrés y los niveles de ansiedad situacional y de rasgo, y los niveles de depresión. Igualmente, hemos hallado una relación significativa con el nivel de neuroticismo. Podemos, en consecuencia, hablar de validez concurrente para nuestra escala.

Tabla 4. CORRELACIONES ITEMS CON P. TOTAL ESCALA Y CON LA P. DE LA SUBESCALA CORRESPONDIENTE

ITEM	r P. TOTAL	r SUBESCALA	ITEM	r P. TOTAL	r SUBESCALA
H ₁	.38*	.41*	H ₂₁	.03	.08
H ₂	.27	.37*	H ₂₂	.12	.36*
H ₃	.36*	.38*	H ₂₃	.19	.34
H ₄	.45**	.52**	H ₂₄	.25	.60***
H ₅	.17	.14	H ₂₅	.20	.48**
H ₆	.30	.32	H ₂₆	-.30	-.52**
H ₇	.45**	.53**	Q ₁	.44**	.36*
H ₈	.42*	.55***	Q ₂	.32	.51**
H ₉	.50**	.53**	Q ₃	.34	.40*
H ₁₀	.16	.17	Q ₄	.59***	.75***
H ₁₁	.66***	.71	Q ₅	-.26	.22
H ₁₂	-.62***	.52**	Q ₆	.40*	.10
H ₁₃	.72***	.59***	Q ₇	-.18	-.16
H ₁₄	.12	.22	E ₁	.64***	.60***
H ₁₅	.28	.39*	E ₂	.71***	.80***
H ₁₆	-.16	.05	E ₃	-.55***	.67***
H ₁₇	.21	.50**	E ₄	.64***	.85***
H ₁₈	.41*	.52**	E ₅	.22	.63***
H ₁₉	---	---	E ₆	.03	.20
H ₂₀	.17	.26	E ₇	.15	.24

* p ≤ .05; ** p ≤ .01; *** p ≤ .001

Tabla 5. CORRELACIONES P.TOTAL CON OTRAS VARIABLES

<u>Ansiedad Situacional</u>		<u>Depresión</u>	
Ingreso	.40*	Ingreso	.46**
Pre-Cirugía	.31	Post-Cirugía	.23
Post-Cirugía	.23	Post-Alta	.62***
Post-Alta	.48**	<u>Personalidad</u>	
<u>Ansiedad Rasgo</u>	.41*	Neuroticismo	.47**
<u>Locus Control Salud</u>	.13	Extraversión	.09

* p ≤ .05; ** p ≤ .01; *** p ≤ .001

Así mismo, la correlación de las puntuaciones en estrés pre-quirúrgico con las obtenidas en intensidad de vómitos y en tiempo para la primera micción post-cirugía, según los resultados de un trabajo previo, nos permiten establecer una validez predictiva, a la vista de los valores obtenidos (Rodríguez Marín, López Roig, Pastor y Sánchez, 1990).

CONCLUSIONES Y CONSECUENCIAS PRACTICAS

Los datos del análisis sustentan la validez y fiabilidad de la escala y, como es de esperar en un instrumento que teóricamente mida estrés, las correlaciones que presenta con las variables de ansiedad y depresión apoyan la validez de constructo.

Por otro lado, la escala puede emplearse en pacientes oftalmológicos con bastante fiabilidad, si bien, y, a pesar del buen índice de fiabilidad obtenido por la subescala de enfermedad, éste solo sería válido para las condiciones específicas de éstos pacientes. Así mismo, es posible que las condiciones de planta hospitalaria, sistemática de trabajo del personal, etc., introduzcan variaciones importantes. Por lo tanto, quizás este procedimiento de adaptación de la escala tuviera que repetirse cada vez que se desee trabajar en un contexto semejante pero por el que se introduzcan variaciones como cambio de servicio hospitalario, patología, etc. Volicer y cols. (1978) ya encontraron diferencias en cantidad de estrés entre pacientes médicos y quirúrgicos, incluso en lo referente a la experiencia de la hospitalización y a la percepción de la gravedad de la enfermedad la enfermedad usando su escala. Ello corrobora el hecho de que factores como el tipo de tratamiento que ha de recibir el paciente, por ej., introducen diferencias en cuanto al estrés percibido. Sin embargo, los cambios que requeriría el uso de esta escala se pueden ceñir a los ítems relativos a las consecuencias directas del tipo de enfermedad, y a elementos a añadir en la subescala de hospitalización que reflejen condiciones específicas nuevas, por lo que el resto de ítems se mantendría fijo.

Respecto a la subescala de cirugía, es claro que requiere una revisión del contenido, especificando un mayor número de acontecimientos, ya que, quizás los contenidos de los ítems tengan una variedad de significados para los distintos sujetos, siendo ésta la causa de su bajo índice de consistencia interna. Por otro lado, los aspectos referidos al dolor, aunque la causa sea el haber sufrido una intervención quirúrgica, no deben ser eliminados si no incluidos en otra subescala. En cualquier caso, en la muestra estudiada, la intensidad del dolor producido por la operación es baja, en comparación con otras intervenciones

quirúrgicas, por lo que presenta una variabilidad muy disminuída, ocurriendo lo mismo con el estrés debido a la presencia de dolor.

Somos conscientes de las limitaciones de este estudio por el número de pacientes, por lo que esta escala debe ser administrada a un número mayor de sujetos y a otros grupos y patologías para establecer definitivamente sus propiedades psicométricas.

Creemos, sin embargo, que los resultados expuestos son útiles, por un lado, de cara a la planificación de intervenciones específicas, dirigidas a reducir los niveles de preocupación y ansiedad de los pacientes hospitalizados, y, por otro, para la orientación en el manejo de los estresores habituales por parte del equipo de salud.

REFERENCIAS

Carr, J.A. y Powers, M.J. (1987). Stressors associated with coronary bypass surgery. *Nursing Research*, 35(4), 243-246.

Cohen, R. y Lazarus, R.S. (1973): Active coping processes, coping disposition and recovery from surgery. *Psychosom. Med.*, 35, 375-89.

Eysenck, H.J. y Eysenck, S.B.G. (1975): **EPO-A. Cuestionario de Personalidad. Versión Española.** Tea Ediciones. 1982. Madrid.

Friedlander, M.L.; Steinhart, M.J.; Daly, S.S. y Snyder, J. (1982): Demographic, Cognitive and Experiential predictors of presurgical anxiety. *J. Psychosom. Res.*, 26(6), 623-627.

Jamison, R.N.; Parris, W.C.V. y Maxson, W.S. (1987): Psychological factors influencing recovery from outpatient surgery. *Behav. Res. Ther.*, 25(1), 31-37.

Johnston, M. y Carpenter, L. (1980): Relationship between preoperative anxiety and post-operative state. *Psychol. Med.*, 10, 361-67.

Johnson, J.E.; Leventhal, H. y Dabbs, J.M. (1971): Contributions of emotional and instrumental response processes on adaptation of surgery. *Journal of Personality and Social Psychology*, 20, 55-64.

Johnston, M. (1982): Recognition of patients worries by nurses and by other patients. *British Journal of Clinical Psychology*, 21, 251-261.

Lucente, F.E. y Fleck, S. (1972): A study of hospitalization anxiety in 408 medical and surgical patients. *Psychosomatic Medicine*, 34, 304-312.

Martínez-Urrutia, A. (1975): Anxiety and pain in surgical patients. *J. of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 437-442.

Regel, H., Röse, W, Hähnel, S. y Krause, A. (1985): Evaluation of psychological stress before general anesthesia. *Psychiac. Neurol. Med. Psychol.*, 37(3), 151-155.

Ridgeway, V. y Mathews, A. (1982): Psychological preparation for surgery: a comparison of methods. *Brit. J. of Clin. Psychol.*, 21, 271-280.

Rodríguez-Marín, J.; López-Roig, S.; Pastor, M.A. y Sánchez, S. (1990): **Coping and recovery from surgery.** Presentado a: 4th European Health Psychology Society Conference. 2-4 Julio 1990. Oxford.

Sime, A.M. (1976): Relationships of preoperative fear, type of coping, and information received about surgery to recovery from surgery. *J. Personality and Social Psychology*, 34, 716-724.

Spielberger, C.D.; Gorush, R.L. y Lushene, R. (1970): **The State-trait Anxiety Inventory: Test Manual Form X.** Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

Volicer, B.J. y Bohannon, M. (1975): A hospital stress rating scale. *Nurs. Res.*, 11, 213-218.

Volicer, B.J. (1978): Hospital stress and patient reports of pain and physical status. *J. Human Stress*, 4, 28-37.

Wallston, B.S.; Wallston, K.A.; Kaplan, G.D. y Maides, S.A. (1976): Development and validation of the Health Locus of Control (HLC) scale. *J. Cons. Clin. Psychol.*, 44, 580-585.

Wilson-Barnett, J. (1984): Alleviating stress for hospitalized patients. *International Review of Applied Psychology*, 33, 495-503.

Zigmond, A.S. y Snaith, R.P. (1983): The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Act. Psychiatr. Scand.*, 67: 361-370.

ANEXO

ESCALA DE EVALUACION DE ESTRES POR HOSPITALIZACION, CIRUGIA Y ENFERMEDAD (EEHCE)

- ¿Le produce tensión, nerviosismo o preocupación....?

- 0: si no se da el problema;
- 1: en absoluto;
- 2: un poco;
- 3: bastante;
- 4: mucho;
- 5: muchísimo.

SUBESCALA HOSPITALIZACION

- 1.- El estar al cuidado de un médico desconocido.
- 2.- El hecho de olfatear olores extraños.
- 3.- Tener que dormir en una cama que no es la suya.
- 4.- Tener que dormir con extraños en la misma habitación.
- 5.- Tener que comer a horas diferentes de las habituales.
- 6.- Tener que vestir la ropa del hospital.
- 7.- Preocupación por el cónyuge que no está con él/ella.
- 8.- Preocupación por los hijos o personas a quienes atiende normalmente.
- 9.- Estar hospitalizado lejos de casa.
- 10.- Pensar en la posible pérdida de ingresos a causa de la enfermedad.
- 11.- No poder llamar a la familia o amigos por teléfono.
- 12.- Haber sido hospitalizado repentinamente.
- 13.- El hecho de no poder comer solo, que le tengan que ayudar para comer.
- 14.- Tener que ser ayudado para ir al baño.

- 15.- No poder ver la televisión, oír la radio o leer periódicos cuando quiere.
- 16.- Tener un compañero/a de habitación que tiene demasiadas visitas.
- 17.- Tener que comer en la cama, en una postura incómoda.
- 18.- Tener que utilizar la cuña de cama.
- 19.- No obtener respuesta a sus llamadas mediante el timbre de aviso.
- 20.- Tener un compañero/a de habitación gravemente enfermo o que no pueda hablar con él/ella.
- 21.- Tener un compañero de habitación antipático, poco amistoso.
- 22.- No tener a nadie que le visite/tener demasiadas visitas.
- 23.- Considerar que el personal del hospital tiene demasiada prisa.
- 24.- Tener médicos o enfermeras que hablan demasiado deprisa o que usan palabras que no puedo comprender o que hablan poco.
- 25.- El personal no contesta a sus preguntas.
- 26.- Otros.

SUBESCALA CIRUGIA

- 1.- No saber cuándo le van a hacer las cosas, cuando le van a operar.
- 2.- Saber que debo sufrir una intervención quirúrgica/la anestesia.
- 3.- Pensar que pueda tener dolor a causa de la operación.
- 4.- No saber con seguridad como me voy a quedar después de la operación.
- 5.- Tener dolor a causa de la operación.
- 6.- Tener molestias a causa de la operación.
- 7.- No obtener alivio para el dolor mediante medicamentos.

SUBESCALA ENFERMEDAD

- 1.- No saber con seguridad o no entender en qué consiste mi enfermedad.
- 2.- Pensar que pueda perder la vista.
- 3.- Estar con los ojos vendados.
- 4.- Tener que estar en la cama todo el día.
- 5.- No saber los resultados o razones de los tratamientos o pruebas que se me aplican.
- 6.- Pensar que se me pueda desprender la retina en el otro ojo; que se pueda repetir la enfermedad.
- 7.- No saber cuándo me darán el alta.

**TRATAMIENTO DE LA MIOPIA MEDIANTE BIOFEEDBACK:
EFECTOS SOBRE LA REFRACCION OCULAR**

Silvia Gismera y José Santacreu

*Dpto. de Psicología de la Salud.
Facultad de Psicología.
Universidad Autónoma de Madrid*

RESUMEN

Presentamos un caso de miopía funcional tratado mediante biofeedback de la acomodación, en un programa de tratamiento de 24 sesiones. Los resultados muestran un aumento considerable de la agudeza visual sin corrección, manteniéndose dichos cambios en seguimientos realizados a medio plazo. Por otro lado, dichos cambios en agudeza visual parecen reflejar una disminución en el error refractivo medido por el método subjetivo de caja de lentes, manteniéndose sin cambios la capacidad de discriminación una vez corregido dicho error refractivo.

ABSTRACT

We show a case of functional myopia treated by biofeedback of the accommodative response, in a 24 sessions program. Results shown an increase in visual acuity, and these changes are long-term maintained. These acuity changes seems to be due to a refractive error reduction measured by a subjective

method of the myopic level. However discrimination capacity show no changes with correction lenses.

INTRODUCCION

Dentro del marco de la Psicología de la Salud, y concretamente la Medicina Conductual, desde hace algunos años venimos desarrollando trabajos cuya finalidad es la aplicación de las técnicas de **Modificación de Conducta** como alternativa al tratamiento de la miopía. La idea básica que estamos manejando es que determinados hábitos o estilos de comportamiento podrían llevar a un aumento de este defecto visual.

La miopía se define como un defecto visual, por el que las personas que lo padecen son incapaces de discriminar objetos situados a larga distancia en función del grado de su defecto, debido un excesivo poder refractivo de su sistema óptico que de hecho se corrige fácilmente colocando lentes negativas delante del ojo.

Frente a una concepción genética del origen del problema, estudios epidemiológicos, conjuntamente con estudios experimentales realizados sobre animales (véase la revisión de Santacreu y Carrobes, 1989) ponen de manifiesto la influencia de variables ambientales y comportamentales en la aparición del mismo. La hipótesis que subyace a este tipo de trabajos es la denominada de "**uso-abuso**" del sistema visual a corta distancia, por la que un determinado tipo de miopía tendría un origen en parte adquirido, debido al *excesivo trabajo de cerca*. El proceso es el siguiente: el ojo cuenta con una lente flexible, el cristalino, cuya función depende de la acción del músculo ciliar en el que se encuentra insertado. Esta lente, es la encargada, mediante un cambio en su grosor, lo que se conoce por el proceso de acomodación (positiva y negativa), de permitir que los rayos reflejados por los objetos converjan en la retina, en función de la distancia a la que se encuentran dichos objetos. Un uso excesivo del mecanismo de enfoque a corta distancia, permaneciendo el músculo tenso, podría provocar un aumento del tono del músculo ciliar, quedando atrofiada su capacidad de relajación (acomodación negativa). De esta manera el cristalino no podría reducir su poder dióptrico, en cuya posición permite el enfoque a largas distancias. Las miopías de este tipo serían las denominadas "funcionales", y en cierto sentido representan una adaptación del mecanismo de enfoque hacia la posición de mayor uso.

Los tratamientos surgidos dentro de la Psicología dirigidos a la rehabilitación de este problema visual se agrupan en dos tipos de metodologías: los

Programas de Entrenamiento en Agudeza Visual y los programas de Biofeedback del nivel de Acomodación del Cristalino.

Los programas de entrenamiento en agudeza visual, consisten en la discriminación de estímulos visuales colocados a distancia, con feedback de aciertos y un incremento gradual de la distancia a la que dichos estímulos se presentan. Cabe mencionar en este sentido los trabajos del grupo de Epstein y col. (Epstein y col., 1978; Collins y col., 1981; Gil y col., 1986). En esta línea hemos realizado diversos trabajos (Godoy, Carrobles y Santacreu, 1984; Gismerra, Santacreu y Carrobles, 1988; Guío, Santacreu y Carrobles, 1989), cuyos resultados sugieren mejoras importantes desde un punto de vista clínico en lo que a agudeza visual se refiere.

Por otra parte, los estudios que emplean el biofeedback de la respuesta de acomodación, parten de la base de que dicho proceso no es reflejo, sino que puede someterse a control voluntario (Shiffman, 1982). Trachtman y su grupo, (Trachtman, 1978; Trachman et al., 1981), son los pioneros en la aplicación del biofeedback a la rehabilitación de la miopía, utilizando un optómetro de diseño original adaptado como instrumento de biofeedback, el Accomotrac Vision Trainer (AVT). Sus trabajos son estudios piloto de caso único en los que informan de resultados que, aunque modestos dado el carácter exploratorio de los mismos, son importantes desde un punto de vista clínico. En trabajos posteriores, Trachtman (1985), muestra datos sobre 84 casos tratados ya desde un abordaje clínico en los que los cambios en agudeza visual y error refractivo son de considerable importancia.

De otra parte, Gallaway y col. (1987), presentan 11 estudios de caso único replicando a Trachtman, en los que concluyen que los incrementos en agudeza visual se deben a un efecto de aprendizaje del test debido a las mediciones continuadas de agudeza visual, en cuyo caso las *gráficas de aprendizaje en el control de la respuesta de acomodación* serían mas bien las gráficas en el aprendizaje de la posición u orientación de las símbolos del test. Además de ello, se pone en duda una cuestión crucial del programa terapéutico, ya planteada en un trabajo anterior (Santacreu y Carrobles, 1989) en el sentido de que los cambios observados se deberían a una mejora en la capacidad de discriminación más que a un cambio real en el error refractivo del ojo. Aunque a nivel clínico no tiene importancia saber si el sujeto ve mejor (discrimina visualmente) *debido a la mejora del sistema óptico del ojo o debido a la mejora de la discriminación visual en la corteza cerebral*, desde el punto de vista de la investigación esta cuestión es de suma importancia. Sin embargo, este trabajo que pretende ser una réplica, cuenta con importantes deficiencias metodológicas.

El trabajo que presentamos es un estudio de caso único en el que pretendemos evaluar, la eficacia del entrenamiento en biofeedback en un problema de miopía funcional. Mediante la utilización de diferentes instrumentos de evaluación de la agudeza visual queremos esclarecer si los cambios se generalizan otros estímulos a los que repetidamente no ha sido expuesto el sujeto. Así mismo, hemos intentado controlar el efecto de aprendizaje, utilizando un instrumento que realmente dificulte la memorización, estableciendo también un criterio de éxito mayor que el utilizado por Gallaway y col (1987), que era 50%. De otra parte, hemos usado una escala en la evaluación del error refractivo que no establece un máximo de agudeza visual con corrección, si no que lo amplía, lo cual nos permitirá establecer si los cambios en agudeza, una vez corregido el error refractivo, se deben a una reducción real de dicho error o a un incremento en la capacidad de discriminación. También, pretendemos estudiar el efecto de la continuidad del entrenamiento sobre las diferentes variables evaluadas, a la vez que el mantenimiento de los posibles cambios obtenidos a corto y medio plazo.

METODO

1. Identificación del caso.

El sujeto es una mujer de 23 años, estudiante, que participó voluntariamente en el estudio. Su historia clínica de miopía revela que padece una miopía funcional incipiente desde los 15 años, usa lentes con una corrección de -1 Diop. en cada ojo, sin ningún otro tipo de corrección. Las gafas las usa exclusivamente para situaciones que implican visión lejana si bien en otros aspectos sus hábitos visuales son bastante incorrectos, utilizando la luz de forma inadecuada, descuidando los períodos de descanso en los trabajos de cerca, leyendo en posiciones que inducen el acercamiento al texto y el cansancio y dolor en la espalda y cuello. En los últimos 8 años se revisó la vista en una ocasión, hace 4 años y modificó el poder refractivo de sus lentes que hasta ese momento era de -0.5 diop. Los registros de tiempo de uso de lentes mostraban unos promedios diarios de 3 horas, siendo mucho mayor los días que asistía a clase. La exploración óptica y oftalmológica no mostró indicios de ninguna otra patología ni defecto visual

2. Diseño.

Se utilizó un diseño de caso único de series temporales con evaluaciones en el pretratamiento, el tratamiento y el seguimiento. La línea base cuenta con tres mediciones dado que E.G. formó parte de un grupo de control siendo

posteriormente seleccionada para el presente estudio. Se efectuaron dos mediciones de postratamiento a las 14 sesiones y al término del programa, a las 24 sesiones, a fin de conocer los efectos de la continuación del tratamiento. Además realizamos dos evaluaciones de seguimiento, transcurridos dos y seis meses tras finalizar el entrenamiento. Las variables dependientes evaluadas fueron agudeza visual sin corrección y error refractivo en ambos ojos.

3. Instrumentos y aparatos.

Para evaluar la agudeza visual sin corrección se utilizaron dos instrumentos diferentes, el P.A.C.S. y el Vision Tester que pasamos a describir.

El P.A.C.S. es un test formado por 18 tarjetas que representan 18 niveles de agudeza visual, a una distancia de 3 metros en un rango comprendido entre 0.09-1.00. Cada tarjeta consta de 8 símbolos tipo "E" orientados en cuatro direcciones. Las tarjetas pueden presentarse en cuatro direcciones, lo que unido a los diferentes tipos de lectura que pueden realizarse (filas, columnas..) dificultan la memorización. El nivel de agudeza visual viene determinado por el número de aciertos que establecimos en 7 de 8, lo que representa un criterio de éxito 87% de aciertos. Este test lo utilizamos así mismo para evaluar la agudeza visual sin corrección antes y después de cada sesión pero a una distancia de 4 m. recalibrando sus valores en una escala que aumenta el valor máximo, quedando comprendidos entre 0.11-1.31.

El Vision Tester (Topcon SS-Screnoscope) es un telebinocular utilizado ampliamente en óptica que presenta doce símbolos del tipo "E" de Snellen, orientados en cuatro posiciones en una escala de agudeza comprendida entre 0.1-1.5, con escalas diferentes para cada ojo.

El error refractivo lo evaluamos mediante una caja de lentes y una montura de pruebas utilizando, como escala de agudeza visual con corrección, el P.A.C.S. a dos distancias. A 3 mts. la escala cuenta con valores antes mencionados, mientras que a 4.5 mts. se amplía el máximo de la escala que queda comprendida entre 0.13-1.47.

El aparato utilizado en el entrenamiento de la acomodación es el Accomtrac Vision Trainer (AVT; Biofeedback Inc.). Es un optómetro de rayos infrarrojos de alta velocidad que mide la potencia ocular y, por tanto las variaciones en la acomodación, con una sensibilidad de 0.125 dioptrías. La medida del estado de acomodación se traduce en una señal acústica que varía en frecuencia proporcionalmente a los cambios de dicha respuesta, incrementándose a medida que el cristalino desacomoda (acomodación negativa). El AVT,

proporciona tres tipos de señales que informan del estado acomodativo: una señal visual a través de un osciloscopio que sirve de guía para la correcta alineación del ojo con la fuente de infrarrojos, un panel numérico que da cuenta de las dioptrías relativas de cambio y dirección de los mismos, y el feedback auditivo propiamente dicho. El sujeto apoya la cabeza en una mentonera frente a la cual hay una mira, por la que sale el haz de infrarrojos, que se presenta al sujeto como un campo blanco, carente de estímulos visuales, que puede oscurecerse si así se desea.

4. Procedimiento.

Se realizaron tres evaluaciones de línea base realizadas en los meses de marzo, abril y octubre de 1989. El programa de intervención fue un paquete de tratamiento similar a los utilizados por Trachtman y Gallaway, en el que el entrenamiento en biofeedback se complementa, como en cualquier tipo de entrenamiento en biofeedback, con acciones dirigidas a lograr una mayor efectividad terapéutica. Dichas acciones fueron un programa de normas de higiene visual, reducción del uso de lentes y ejercicios visuales. Con respecto a la higiene visual a E.G. se le facilitó un manual de normas de higiene que se le explicaron detalladamente, así mismo se le instó a utilizar lo menos posible sus lentes aunque de hecho su uso era racional y limitado. El programa de ejercicios se llevó a cabo de un lado en las sesiones de entrenamiento, ejercicios propios de terapia visual convencional, y de otra parte ejercicios de generalización que se realizaron en casa (Gismera, Santacreu y Carrobbles, 1988).

La duración total del programa fue de dos meses y medio, en los que se impartieron un total de 24 sesiones de tratamiento a razón de 3 sesiones semanales de una hora de duración.

La estructura de las sesiones corresponde al siguiente esquema:

- 1) Evaluación de la agudeza visual;
- 2) Ejercicios oculares (10 minutos);
- 3) Relajación ocular "palmeado" (5 minutos);
- 4) Entrenamiento en biofeedback (5 minutos por ojo);
- 5) Descanso (5 minutos);
- 6) Entrenamiento en biofeedback (5 minutos por ojo);
- 7) Descanso (5 minutos);
- 8) Evaluación de la agudeza visual por el sistema P.A.C.S.

Las sesiones se realizaron en dos laboratorios de la facultad de psicología. En uno de ellos se llevaron a cabo las mediciones de agudeza visual y el

programa de ejercicios, y en una sala oscura contigua el entrenamiento con biofeedback.

El entrenamiento pasó por las etapas propias de todo tratamiento en biofeedback (Santacreu 1988; Carroble y Godoy, 1988) en función de la ejecución de cada sujeto y fueron las siguientes:

a) **Percepción o toma de conciencia.** En este primer momento al sujeto se le pidió que intentase aumentar la frecuencia del sonido, haciéndolo ir lo más rápidamente posible. La duración de los ensayos era de 30-40 segundos, con descansos interensayos de similar duración.

b) **Control voluntario.** En esta etapa el objetivo fue doble, de un lado conseguir que la respuesta de acomodación negativa fuera lo más rápida posible, y de otro, que fuera capaz de mantener el máximo de respuesta por largos períodos de tiempo. Los ensayos de velocidad fueron cortos, en los que se le pedía llegar al máximo de frecuencia en el sonido en un intervalo no superior a 10 segundos, con descansos interensayos de 15-20 segundos. Los ensayos de mantenimiento fueron más largos, y su duración estaba determinada por la ejecución de E. G.

c) **Generalización.** Se llevó a cabo de modo gradual con feedback parcial en un primer momento hasta la ausencia total de feedback. También en esta etapa se introdujeron ensayos en los que se le presentaban al sujeto estímulos visuales borrosos, a diferentes distancias dióptricas, que están incorporados en la mira del AVT., y que el sujeto intentaba enfocar. Asimismo se fue incrementando la luz ambiental y el ruido. En todo momento el sujeto recibía refuerzo verbal de sus ejecuciones por parte del terapeuta, refuerzo que fue haciéndose más parcial a medida que progresaba el programa. Se realizaron semanalmente controles del cumplimiento de las normas de higiene visual y de los ejercicios a realizar en casa.

RESULTADOS.

Siguiendo el plan general descrito el procedimiento para el entrenamiento mediante biofeedback, nuestro sujeto consiguió los *objetivos de aprendizaje* propuestos según la siguiente temporalización: se mantuvo en la primera etapa *percepción del control de la respuesta* hasta la 4ª sesión. La segunda etapa *control voluntario* y entrenamiento para *cambios rápidos* en acomodación, se llevó a cabo durante las sesiones 5ª a 10ª al igual que el entrenamiento en *man-*

tenerse largo tiempo en acomodación negativa. A partir de esta sesión, a petición del terapeuta, inicialmente, en cada sesión, se comprobaban los conocimientos adquiridos en las sesiones anteriores y se buscaba el logro de una mayor acomodación negativa para inmediatamente pasar al entrenamiento propio de la sesión. La tercera etapa, cuyo objetivo es que el sujeto reconozca su nivel de acomodación sin feedback auditivo, se comenzó a partir de la 11ª sesión reduciendo el feedback a la mitad de los ensayos en las sesiones 11ª y 12ª y a partir de ésta el feedback se redujo a la información que el terapeuta le daba de vez en cuando. Finalmente en la 19ª sesión se introdujo la tarea de enfocar estímulos del tipo "E" a través del propio aparato y la habitación se iluminaba tal y como se señala en el procedimiento. Con respecto al aprendizaje, solo resta decir que el sujeto logró un control más rápido y mayor control en el O.D. en todas las fases del aprendizaje.

Las figuras 1 y 2 representan las mediciones continuadas de agudeza visual que se han realizado a lo largo de las sesiones. Dichas curvas son claramente ascendentes y tienden a estabilizarse antes de las 14 sesiones en el ojo derecho, cosa que en el izquierdo parece ocurrir más tarde. En la mayoría de los casos la agudeza tras la sesión es mayor o igual a la obtenida antes de la misma, si bien en el ojo izquierdo este efecto en ocasiones es inverso y parece reflejar un efecto de fatiga que observamos en las sesiones, en las que la ejecución del ojo derecho fue siempre superior a la del izquierdo.

Figura 1.- Agudeza visual pre y post sesión ojo derecho

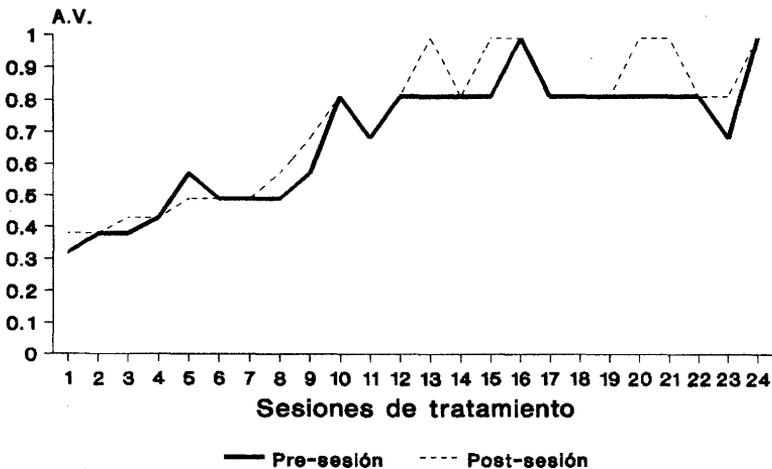
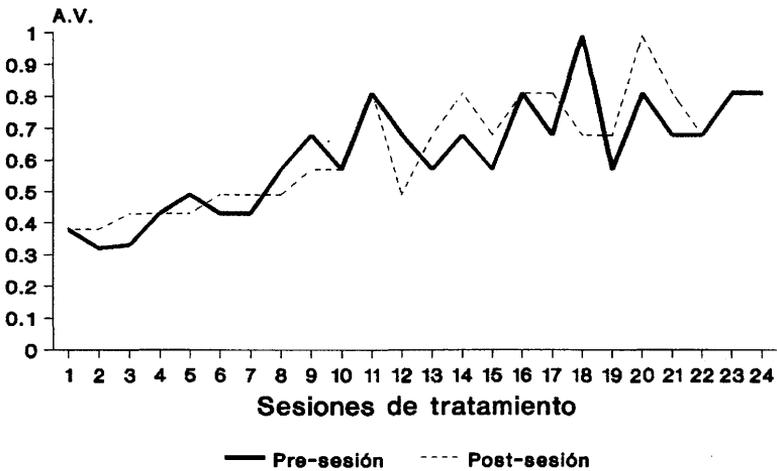


Figura 2.- Agudeza visual pre y post sesión ojo izquierdo



El análisis de los resultados se ha llevado a cabo siguiendo un criterio exclusivamente clínico, estudiando las diferencia en las distintas evaluaciones. En las figuras 3 y 4, podemos observar los resultados obtenidos en agudeza visual sin corrección con lentes, con los dos instrumentos con que fue evaluada.

Figura 3.- Agudeza visual sin corrección P.A.C.S.

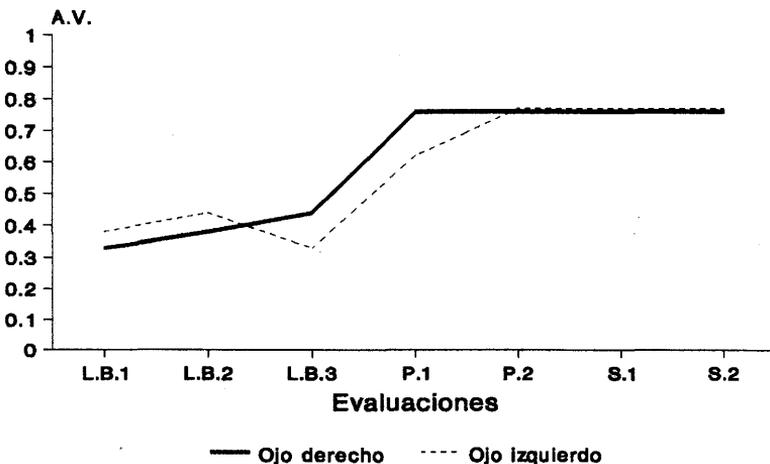
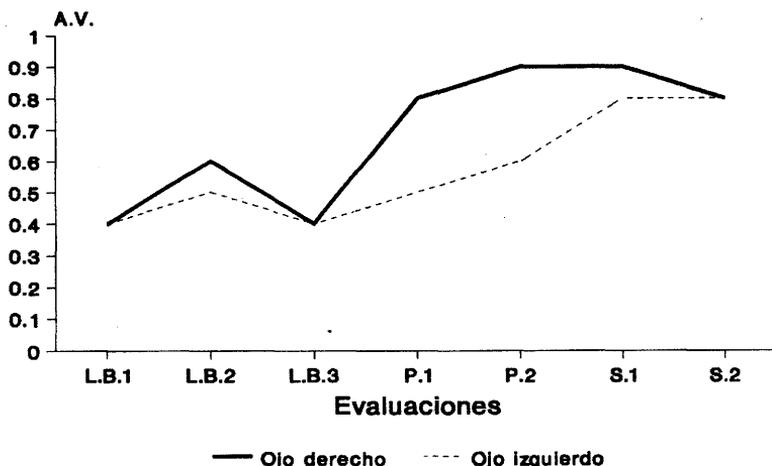


Figura 4.- Agudeza visual sin corrección Visión Tester



En el P.A.C.S., a las 14 sesiones, se observa tanto en el ojo derecho como en el izquierdo un incremento en agudeza que supera las variaciones que se producen en la línea base. A las 24 sesiones, el ojo derecho a diferencia del izquierdo no presenta variación con respecto a la sesión 14. En el Visión Tester, las gráficas siguen la misma evolución, si bien el ojo derecho mostró un aumento a partir de la 2ª evaluación de postratamiento. En los dos seguimientos efectuados observamos que en el P.A.C.S. los resultados se mantienen en ambos ojos. Sin embargo, en el ojo derecho a los seis meses se produce un ligero decremento de agudeza en el ojo derecho, que no obstante no consideramos significativo.

En las tablas 1 y 2 se presentan los datos referentes a error refractivo obtenidos por el sujeto con sus correspondientes valores de agudeza visual. En ambas escalas (P.A.C.S. y Visión Tester) se aprecia una disminución del error refractivo en las dos evaluaciones de tratamiento, no sólo en cuantía, sino en la inversión de la dirección de las fluctuaciones de la línea base, siendo mucho más notables en el ojo derecho. Curiosamente en las evaluaciones de seguimiento realizadas el ojo derecho evoluciona positivamente dado que se produce una disminución de dicho error obteniendo un valor prácticamente insignificante. Respecto al ojo izquierdo, aún cuando no se produce dicha reducción los resultados se mantienen en el valor de postratamiento.

Tabla 1.- Valores obtenidos en error refractivo con cada ojo, con sus correspondientes valores en agudeza visual con corrección en el P.A.C.S.

		L.B. 1	L.B. 2	L.B. 3	P. 1	P. 2	S. 1	S. 2
Error (diop)	O.D.	1.00	0.75	1.25	0.75	0.25	0.25	0.12
	O.I.	1.00	0.75	1.25	1.00	0.75	0.75	0.75
A.V.C.C.	O.D.	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00
	O.I.	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00	1.00

Tabla 2.- Valores obtenidos en error refractivo con cada ojo, con sus correspondientes valores en agudeza visual con corrección en Visión Tester.

		L.B. 1	L.B. 2	L.B. 3	P. 1	P. 2	S. 1	S. 2
Error (diop)	O.D.	1.00	1.00	1.50	1.00	0.25	0.25	0.12
	O.I.	1.25	1.25	1.50	1.25	1.00	1.00	1.00
A.V.C.C.	O.D.	1.12	1.12	1.12	1.12	1.12	1.12	1.12
	O.I.	1.12	1.12	1.12	1.12	1.12	1.12	1.12

DISCUSION.

A la vista de los resultados establecemos las siguientes conclusiones:

1. La *agudeza visual sin corrección muestra un claro incremento* en las diferentes mediciones e instrumentos con que se evaluó, que no parece deberse a un efecto de aprendizaje por las mediciones repetidas realizadas a diferencia de los resultados de Gallaway y col (1985), y en consonancia con los obtenidos por Trachtman y su grupo. Dado que, como se ha indicado anteriormente se generalizan los resultados a otros instrumentos de evaluación.

2. Por otro lado, los cambios observados en agudeza visual, parecen apuntar a la posibilidad de que *dicho cambio sea resultado de una disminución en el error refractivo*, dado que la capacidad de discriminación del sujeto una vez corregido dicho error no se modifica. Dichos cambios en error refractivo son, con diferencia, más notables en el caso del ojo derecho que en el izquierdo. A pesar de ser importantes desde un punto de vista clínico, son notablemente inferiores a la media de reducción informada por Trachtman y col. (1985), aunque las diferencias en el sistema de medición son importantes, y la

muestra empleada por Trachtman es demasiado amplia como para poder establecer un criterio de éxito en función de los casos, mostrando también una amplia variabilidad entre casos similares.

3. La duración del programa parece ser un factor importante en lo que ha resultados se refiere, ya que a pesar de que parece llegarse a la asíntota de agudeza visual en el caso del ojo derecho en la sesión 14, esto no sucede con el izquierdo, cuya evolución parece más lenta a lo largo de todo el programa. Con todo dicha asíntota parece ser más reflejo de las dificultades del propio sistema de medición, cosa que no sucede con el otro instrumento de evaluación utilizado (Vision Tester), en el que los cambios de nivel de agudeza son, como puede observarse, más graduales. En lo referente al error refractivo, parece beneficiarse de la continuación del programa, si bien de nuevo aparecen diferencias en los dos ojos.

4. Los resultados se mantienen a lo largo del tiempo e incluso en algunos casos mejoran, al menos en períodos de seguimiento a corto y medio plazo como los efectuados en este estudio, lo cual reafirma más si cabe la idea de que son cambios estables no meros aprendizajes por exposición, que de otro modo se hubiera reflejado tras los períodos de seguimiento. En este sentido cabe decir que durante el período de seguimiento la paciente informó que continuaba manteniendo una higiene visual correcta, e intentaba poner en práctica el control aprendido constantemente en situaciones cotidianas.

5. En las figuras 1 y 2 se puede observar como en algunos ensayos del entrenamiento la agudeza visual alcanzada al final de la sesión es menor que la que el sujeto tenía al comienzo de la misma. Este hecho pone de manifiesto la importancia de un amplio número de *variables psicológicas que intervienen en el aprendizaje mediante feedback de las respuestas fisiológicas*. Otra explicación alternativa puede ser la falta de precisión de las evaluaciones de la A.V. precisión que puede ser achacable tanto al instrumento de medida como a la gran variabilidad subjetiva de la visión.

De todo lo expuesto concluimos que el tratamiento mediante biofeedback de la acomodación, produce cambios importantes en la agudeza visual, que no reflejan un efecto de aprendizaje ante mediciones repetidas, al contrario de lo planteado por Galloway y col. (1987), mas bien parecen deberse a un cambio en el error refractivo, cambios que se mantienen a lo largo del tiempo. No obstante queremos ser cautos en nuestras conclusiones, dado el carácter exploratorio del estudio y las limitaciones que un estudio de caso único tiene en lo que a generalización de resultados se refiere, máxime, teniendo en cuenta las diferencias que para un mismo sujeto aparecen en cada ojo tratado. Estas diferencias se reflejan no sólo en los resultados finales, sino también en el entrena-

miento y fueron así mismo observadas por la sujeto que percibía un mayor dominio con el ojo derecho que con el izquierdo. Por todo ello consideramos que es necesaria más investigación en este terreno, siendo ésta la línea en la que estamos orientando nuestro trabajo.

El procedimiento de evaluación utilizado, asociando el nivel refractivo en cada evaluación con su nivel de A. V. alcanzada nos ha permitido, al contrario de lo ocurrido con anteriores trabajos de nuestro grupo (Godoy, Carrobles y Santacreu, 1984; Gismera, Santacreu y Carrobles 1988; Guio, Santacreu y Carrobles, 1989) discernir si los cambios producidos en la A.V. sin corrección, durante el tratamiento, eran fruto de los cambios en el poder refractivo del ojo o bien solo eran debidos a la mejora en la capacidad de discriminación del sistema. En este punto los datos son difíciles de interpretar por la diferencia entre los dos ojos. En el ojo izquierdo, se puede observar (tabla 1) como se reduce el error refractivo de -1 diop. (L.B.1) a -0.12 diop. (S.2) para mantener el mismo nivel de agudeza visual, mientras la agudeza visual sin corrección pasa del 33% al 76%. En este caso se podría decir que *la mejora se ha producido en el sistema óptico*. Veamos que ocurre en el ojo derecho. En la misma tabla podemos ver como el error refractivo pasa de -1.00 diop. a -0.75 diop. para mantener el mismo nivel de A.V. El cambio en este caso es mínimo sin embargo la agudeza visual sin corrección se modifica del mismo prácticamente que en ojo derecho, pasando de 38% al 76%. Así pues en este caso, se podría decir que *los cambios se han producido a nivel central*. Es sorprendente en cualquier caso que los cambios sean finalmente tan similares, en cuanto a la A.V. medida sin la corrección de la miopía, y sin embargo los cambio parecen haberse producido en distintas estructuras: el ojo y la corteza cerebral occipital.

REFERENCIAS

Carrobles J.A. y Godoy J.F. "Biofeedback: Principios y Aplicaciones". Ed. Martinez Roca. Barcelona.

Collins, F.L.; Ricci, J.A. y Burkett, P.A. (1981): "Behavioral Training for myopia: Longterm maintenance of improved acuity". **Behavior Research and Therapy**, 19(3), 265-268.

Epstein, L.H.; Collins, F.L.; Hannay, H.J. y Looney, P.L. (1978): "Fading and feedback in the modification of visual acuity". **Journal of Behavioral Medicine**, 1, 273-287.

Galloway, M.; Winkelstein, A.M. y Sheiman, M. (1987): "Biofeedback training of visual acuity and myopia: A Pilot study". **American Journal of Optometry & Physiological Optics**, 64 (1), 62-71.

Gil, K.M.; Collins, F.L. y Odom, J.V. (1986): "The effects of behavioral vision training on multiple aspects of visual functioning in myopic adults". *Journal of Behavioral Medicine*, 9 (4), 373-387.

Gismera, S.; Santacreu, J. y Carrobles, J.A. (1988): "Programa de entrenamiento en agudeza visual: cambios en discriminación y papel de las expectativas durante el tratamiento". *Análisis y modificación de conducta*, 14 (41), 353-382.

Godoy, J.F.; Carrobles, J.A y Santacreu, J. (1984): "Tratamiento conductual de la miopía: Programa de entrenamiento en agudeza visual". I Congreso del Colegio Oficial de Psicólogos. Madrid.

Guio, S.; Santacreu, J. y Carrobles, J.A. (1989): "Tratamiento conductual de la miopía mediante un programa de entrenamiento en agudeza visual por grupos". *Revista Sonorense de Psicología*, 3 (4), 42-58.

Santacreu, J. y Carrobles, J.A.I. (1989): "Tratamientos conductuales de la miopía: discriminación borrosa versus cambios estructurales en el ojo". *Revista de Psicología de la Salud*, Vol 1, 2:19-50.

Santacreu, J. (1988): "La técnica del biofeedback: Desarrollo histórico y valoración de su eficacia" En J. Santacreu (Dir) *Modificación de Conducta y Psicología de la Salud*. Ed. Promolibro. Valencia.

Shiffman, H.R. (1981): *Sensation and perception: an integrated approach*. John Wiley. N.Y.

Trachtman, J.N. (1978): "Biofeedback of accommodation to reduce functional myopia: a case report". *American Journal of Optometry & Physiological Optics*, 55 (6), 400-406.

Trachtman, J.N. (1985): "Myopia reduction using biofeedback of accommodation: summary of 100 patients". *American Academy of Optometry. Annual Meeting Paper 13*.

Trachtman, J.N.; Giamvalbo, V. y Feldman, J. (1981): "Biofeedback of accommodation to reduce functional myopia". *Biofeedback and Self Regulation*, 6 (4), 547-564.

**TERAPIA CONDUCTUAL-COGNITIVA EN UN CASO DE
CEFALEA EN RACIMOS.**

Diego Maciá Antón y Francisco Xavier Méndez Carrillo.

Universidad de Murcia.

RESUMEN

En este trabajo se presenta un programa de tratamiento basado en técnicas cognitivas, entrenamiento autógeno y biorretroalimentación térmica, para el tratamiento de una cefalea en racimos. Los resultados obtenidos muestran una reducción significativa de la conducta problema al finalizar el tratamiento, manteniéndose ésta en el seduimiento a los 36 meses.

ABSTRACT

This paper shows a treatment program of cognitive techniques, with relaxation (autogenic training) and thermal biofeedback, to treat a chronic cluster headache case. The results show a significant decrease of this behavior even in a 36 months follow-up.

INTRODUCCION

Una clasificación comúnmente aceptada de las cefaleas es la realizada por el "Ad Hoc Committee on the Classification of Headache" (Friedman,

1962) que estableció quince categorías distintas, basándose en la fenomenología y la etiología del trastorno. Este grupo de expertos, en el apartado de las cefaleas vasculares de tipo migrañoso, junto a la Migraña Clásica, y Migraña Común, sitúan una variedad que denominan: *Migraña en racimos*, y que puede definirse como: un dolor facial o cefalea unilateral intensa, que persiste durante minutos u horas, comúnmente asociada con lagrimación ipsilateral y bloqueo del orificio nasal, y que puede recurrir una o más veces al día durante períodos de semanas o meses. El término cefalea en racimos deriva de la tendencia del dolor a aparecer en brotes separados por intervalos completamente asintomáticos.

Las cefaleas migrañosas comportan la dilatación de las arterias craneales y extracraneales, seguida de una inflamación estéril y de un edema circundante a los vasos dilatados, estando precedida la vasodilatación por una fase de vasoconstricción.

Kudrow (1980) discrepa de esta clasificación que considera a la cefalea en racimos como una subcategoría de la cefalea vascular de tipo migrañoso, admitiendo su carácter vascular pero argumentando que la cefalea en racimos es una clase principal de cefalea distinta a la migraña.

Cada vez son más los investigadores dentro del estudio de las cefaleas funcionales que señalan que la diferenciación tradicional entre cefalea tensional (resultante de la contracción sostenida de los músculos de la cara, nuca y cuello, contracciones que suelen producirse como consecuencia de estresores de tipo ambiental) y migraña como dos tipos distintos de cefalea es insostenible, ya que lo que realmente existe es un continuo de intensidad y cronicidad de los síntomas cuyo polo menor lo ocuparía la cefalea tensional y el polo opuesto la migraña (Vallejo y Labrador, 1984).

Bajo el nombre de neuralgia ciliar, Romberg describió en 1840 el dolor recurrente en el ojo generalmente unilateral y asociado con fotofobia. El trastorno fue descrito por primera vez en la literatura médica inglesa por Harris en 1926, como neuralgia ciliar (jaquecosa), y el mismo autor hizo posteriormente una descripción más elaborada (Harris, 1936). Como señala Lance (1980) la incertidumbre sobre la naturaleza y etiología de este cuadro se refleja en los múltiples nombres que ha recibido durante el presente siglo (jaqueca roja, faciocefalalgia autónoma, cefalgia histamínica, etc.).

El dolor de esta cefalea es particularmente desagradable. En ocasiones tiene carácter pulsátil, pero la mayoría de los pacientes lo describen como intenso y constante, utilizando adjetivos como: urente, perforante, desgarrante, punzante, *como si te introducen un cuchillo sin afilar y te dan vueltas*.

Cada ataque suele iniciarse bruscamente, dura entre diez minutos y dos horas, y puede cesar de modo súbito o desvanecerse con más lentitud.

El denominador común de la jaqueca y la cefalea en racimos consiste en la dilatación de las arterias extracraneales, que ha sido observado en el acmé de las crisis, y en el alivio del dolor por fármacos que constriñen esos vasos o previene su dilatación.

El objetivo de este escrito es presentar un caso de intervención psicológica en un paciente que padecía cefalea en racimos, utilizando técnicas conductuales-cognitivas.

Los procedimientos de intervención psicológica han supuesto programas específicos para cada clase de cefaleas: así, sujetos con cefaleas tensionales han sido tratados con Biofeedback Electromiográfico y relajación, los sujetos con migrañas han recibido un tratamiento basado en relajación y Biofeedback de temperatura. Las técnicas cognitivas, de aplicación más reciente, no suponen diferencias en cuanto a su aplicación a los distintos tipos de cefaleas. Partiendo del supuesto de que gran parte de las cefaleas son producidas por situaciones de estrés y en general situaciones percibidas por los sujetos como aversivas, algunos terapeutas han dirigido su trabajo a modificar aspectos cognitivos implicados en la valoración de esas situaciones como aversivas para el paciente (Bakal y cols.1981). Como señalan Vallejo y Labrador (1984), cada vez adquieren más importancia estos tratamientos, dirigidos al desarrollo de habilidades de enfrentamiento.

Pese a la elevada incidencia de las cefaleas, se estima que en la población en general entre el 15 y el 30 % de las mujeres y entre el 7,5 y el 15 % de los hombres presentan un problema potencial de cefalea (Leviton, 1978), no es sin embargo un problema de los más frecuentes en la clínica psicológica, debido fundamentalmente a la frecuencia con que las personas recurren a la automedicación, toda vez que han recibido el diagnóstico de cefalea "funcional" y desaparece la preocupación sobre la posible etiología orgánica específica. Sin embargo, si consideramos que la cefalea puede afectar a un 10-30 % de la población de una forma lo suficientemente grave como para impedir un rendimiento óptimo y los progresos que se han alcanzado con la intervención psicológica, comprenderemos el interés por esta área de aplicación.

De forma particular, la cefalea en racimos es menos común que la jaqueca, oscilando su incidencia entre el 2% y el 9% de la incidencia de la migraña (Ekbohm, 1970). Constituyendo así mismo una excepción al predominio femenino en el problema de las cefaleas, abundando más los varones, según una relación de 3-6:1 (Lance, 1980).

METODO

1. Sujeto

El paciente era un varón de 33 años de edad, casado. Licenciado en Económicas. Trabajaba en una empresa de recursos humanos y selección de personal. Acude a consulta remitido por un psiquiatra con el diagnóstico de jaqueca. Previamente había sido diagnosticado por el médico de medicina general como: neuralgia de trigémino.

De la historia clínica y personal extraemos los siguientes datos. El paciente no ha padecido enfermedades importantes en el pasado. Si bien se considera con tendencia a presentar problemas "psicosomáticos" (problemas digestivos, en la piel, etc.) que él mismo atribuye a situaciones de fuerte estrés. Los propios dolores de cabeza los relaciona inicialmente a un cambio en su trabajo que le obliga a realizar cursos de formación al personal de las empresas a las que asesora, situación que afirma le produce gran inseguridad y temor.

En la actualidad presenta signos de depresión causados por la desesperanza que le producen los fuertes y continuos dolores.

Proviene de una familia de nivel socio-económico media. En los contextos familiar y social, no aparecen aspectos que necesiten ser comentados.

2. Procedimiento

2.1. Intervención evaluativa

Los procedimientos utilizados en la evaluación conductual fueron: a) entrevista, b) autoinformes: Cuestionario Autobiográfico de Cautela, Escala de valoración de la ansiedad de Hamilton (en Fernández Ballesteros, 1983), Cuestionario de historia clínica para la cefalea (Blanchard y Andrasik, 1985) y c) auto-observación.

La evaluación conductual respecto a la conducta problema se dirigió a conocer la historia y evolución de la misma, utilizando el autorregistro para determinar la frecuencia y duración de las cefaleas y posibles estímulos o situaciones desencadenantes de las mismas. El autorregistro elaborado por nosotros incluía las 24 horas del día, habida cuenta de la presencia de ataques, también durante la noche, mientras dormía. En una primera fase, el paciente anotaba la frecuencia y la duración (se consideraban todos los ataques de intensidad similar) y los posibles estímulos discriminativos.

Posteriormente anotaba la aparición de los signos y síntomas previos a la aparición de un ataque (ciertas molestias que se reconocieron como previas a la aparición del dolor intenso) y que nos permitiría, una vez reconocidas, utilizarlas como señal de inicio para la puesta en práctica de las habilidades aprendidas en la terapia, abortando la aparición del dolor. Junto a esto el paciente debía observar los pensamientos negativos que tenía ante dichas situaciones. En el análisis de dichos pensamientos pudimos observar como en todos los casos éstos eran inadecuados para hacer frente a la situación de estrés, planteándose la necesidad de intentar modificarlos procurando que las nuevas autoinstrucciones le situasen en una disposición distinta frente a la posible aparición del dolor.

Aún siendo el dolor un fenómeno subjetivo, que nos puede hacer cuestionar la validez de los autorregistros, sin embargo pensamos que podemos utilizar dicha estrategia para la recogida de información considerando *a priori* que: el cliente es la mejor fuente de información sobre su dolor de cabeza y es capaz de detectar cambios en la intensidad del mismo, siendo la gran mayoría de pacientes capaces de proporcionarnos informes precisos y sinceros.

La evaluación del nivel basal pretratamiento se llevó a cabo durante dos semanas, habida cuenta que cuando el paciente acude a consulta estaba en una fase de crisis (sufriendo uno de los brotes característicos de la cefalea en racimos). Si bien, por la forma de manifestarse este trastorno, con periodos asintomáticos de duración muy variable, estos 15 días de obtención de línea base inicial pueden ser absolutamente inadecuados; siendo sin duda más importante el análisis retrospectivo y la evaluación continua realizada una vez iniciado el tratamiento.

En nuestro caso la primera aparición del dolor se había producido hacía 4 años, inicialmente con dolores muy aislados, aproximadamente 1 ó 2 al mes, para posteriormente ir conformándose claros brotes de 10-15 días de duración e intervalos asintomáticos de 45-60 días, con uno o dos ataques diarios de 10-30 minutos de duración con intervalos de 24-48 horas, durante los brotes, sin ningún dolor. El paciente informaba que con el paso del tiempo observaba un aumento en la frecuencia, apareciendo de forma muy esporádica dolores mientras dormía. Como puede apreciarse en la gráfica número 1, el brote que padecía cuando acude a consulta tuvo una duración de cuatro semanas, ya que esperó que transcurriesen 7 días para acudir.

2.2. Intervención modificadora

La intervención se inició con una primera fase de conceptualización en la que se proporcionó al paciente un modelo que le ayudara a explicar su tras-

torno como un problema relacionado potencialmente con situaciones de estrés, y pudiese comprender, así mismo, el porqué del tratamiento utilizado. Al proporcionarle información sobre la naturaleza del problema y como se desencadena se busca una mayor participación del cliente en la terapia y aumentar su nivel de expectativas hacia el tratamiento.

En esta primera fase se utilizó el autorregistro (*la auto-observación*), como un método terapéutico al utilizar la información que el paciente iba anotando como ejemplos del modelo utilizado para la comprensión de su problema (modelo similar al utilizado por Blanchard y Andrasik, 1985). Se le pide que repare en la situación en que se encuentra cuando aparece el dolor, en sus pensamientos, autoverbalizaciones. El paciente aprende a observar y a registrar de forma objetiva su propia conducta, de forma que este aprendizaje pueda ser posteriormente utilizado para la puesta en práctica de las destrezas aprendidas.

Se le instruye a que las estrategias terapéuticas actuarán en alguno de los elementos del modelo propuesto. Así, las estrategias físicas (el entrenamiento autógeno) tienen como objetivo el reducir la intensidad del estrés e interrumpir el incremento de la activación fisiológica; así mismo las estrategias mentales (habilidades cognitivas de enfrentamiento) tendrán por objetivo principal los inductores psicológicos y evitar que el paciente llegue a un estado de estrés, y si este se ha producido poder controlar la situación.

La segunda fase, **de entrenamiento**, consistió en el aprendizaje de estrategias de control de la respuesta psicofisiológica mediante *Biorretroalimentación térmica* combinada con *Entrenamiento Autógeno* y el aprendizaje de *estrategias cognitivas de enfrentamiento*.

Para que los delgados vasos periféricos de las manos puedan dilatarse ha de producirse un descenso en la actividad del Sistema Nervioso Simpático o lo que es lo mismo un descenso en el llamado tono simpático. Así, la biorretroalimentación puede ser un sistema indirecto de enseñar a los pacientes a regular la actividad del S.N.S. periférico. De este modo, el control voluntario del tono simpático puede tener un efecto profiláctico sobre las cefaleas migrañosas y además, en muchas personas un efecto abortivo.

El Entrenamiento Autógeno es un programa sistemático para enseñar al sujeto a responder de forma rápida y efectiva a las órdenes verbales de relajación. El sujeto una vez ha aprendido, puede relajarse poniéndose cómodo y concentrándose pasivamente en fórmulas verbales que sugieren calor y pesadez en los miembros (Schultz y Luthe, 1969).

Las fórmulas verbales de Schultz corresponden a tres clases principales de ejercicios: los ejercicios estándar, los ejercicios de meditación y los ejercicios especiales. Nosotros sólo utilizamos los ejercicios estándar que tratan la relajación general, utilizando en nuestro caso un procedimiento abreviado, así, en combinación con el Biofeedback de temperatura periférica, se enseña al paciente las frases autógenas y la utilización de las mismas, a fin de ayudarle a conseguir el autocontrol de la temperatura periférica en la situación experimental donde se administra el Biofeedback.

Estas frases, junto a las verbalizaciones propias de los *procedimientos de afrontamiento cognitivo* (Meichenbaum, 1977) permitirán al paciente hacer frente a cada episodio doloroso.

Si bien los tratamientos de relajación y biofeedback que se aplican suelen hacerse de forma uniforme, los escasos tratamientos cognitivos aplicados han sido muy diversos. Básicamente el objetivo fundamental ha sido proporcionar a los pacientes conductas alternativas que les permitan afrontar los aspectos estresantes del entorno. En nuestro caso, más que el aprendizaje de habilidades generales de afrontamiento, que el sujeto pudiese aplicar en un amplio abanico de situaciones capaces de provocar la cefalea, nos centramos de forma preferente en que el sujeto aprendiese a vigilar y analizar la aparición de la cefalea (por lo general surgida de forma brusca pero con reconocibles signos previos) y después de transcurrir la situación considerada desencadenante. Las verbalizaciones de afrontamiento, por tanto debían centrarse en el intento de abortar los episodios dolorosos, una vez se reconocían los primeros síntomas que indicaban la posible aparición del mismo y en la disminución de la duración de estos.

Se le pidió que identificara los pensamientos que tenía en las situaciones temidas de aparición del dolor (ya está aquí, no puede ser, otra vez el dolor, esto no hay quien lo soporte, etc.) y que tomase conciencia de lo perjudicial de los mismos, elaborando con la ayuda del terapeuta una serie de pensamientos alternativos que pudiese utilizarse como estrategia para afrontar el dolor en una secuenciación de cuatro fases: 1) *prepararse* para el dolor cuando se perciben las sensaciones relativamente débiles (intentaré relajarme, tengo que estar tranquilo, no siempre que se inicie debe terminar produciendo el dolor intenso, etc.); 2) *confrontar* y manejar el dolor cuando se hace más intenso (tranquilo, si me tranquilizo pasará antes, es sólo cuestión de tiempo, debo relajarme, lo estoy haciendo bien); 3) *afrontar* los sentimientos que pueden exacerbar el dolor (sentimientos de ansiedad, frustración, y desamparo o indefensión: si me tranquilizo lo domino mejor, ahora se como intentar controlarlo, etc.); 4) *reflexionar* sobre como se había resuelto, autorreforzándose por haber intentando afrontar tanto el dolor como las experiencias afectivas aversivas (ha salido mejor que

otras veces, la próxima vez lo haré mucho mejor, lo he controlado algo más que otras veces, etc.), (Kerns y cols., 1983). La forma de utilizar los pensamientos fue modelada por el terapeuta y ensayada por el paciente hasta que fue capaz de recordarlos y emplearlos con soltura

Así mismo, la intervención cognitiva trató de hacer frente a la depresión del paciente y a los sentimientos de frustración, desesperanza y falta de control que experimentaba, recordando la afirmación de Bakal (1982) de que la experiencia de la cefalea crónica por sí misma actúa como un estresor psicológico al comportar los pensamientos y recuerdos de las cefaleas pasadas. Las estrategias de afrontamiento se utilizaron pues, tanto para las situaciones estresantes, como fundamentalmente frente a los propios ataques dolorosos.

Estas dos primeras fases tuvieron una duración de 3 meses, con dos sesiones semanales de 45 minutos, coincidiendo su finalización con la aparición de uno de los brotes.

En la fase de aplicación, el paciente, en situaciones reales, intentaba poner en práctica todo lo aprendido en las fases de conceptualización y entrenamiento. Las sesiones con el terapeuta se dedicaban a comentar el autorregistro y las dificultades encontradas por el sujeto para aplicar lo aprendido, haciendo en todas ellas un repaso de las actividades a realizar frente a la situación problema. La duración de esta fase fué de 11 meses, asistiendo el paciente a la consulta sólo cuando se presentaba algún brote, tras lo que se dio por terminado el tratamiento, estableciéndose controles de seguimiento a los 6, 12, 18, 24, 30 y 36 meses.

Respecto a la medicación se le dijo que continuase con la prescripción que le había dado el psiquiatra que nos remitió el caso, es decir, un antitérmico analgésico (Tonopán) cada vez que apareciese el dolor, posteriormente, cuando el paciente era capaz de prever la aparición de un dolor, de común acuerdo con el médico se le dijo que podía tomar una gragea de forma preventiva.

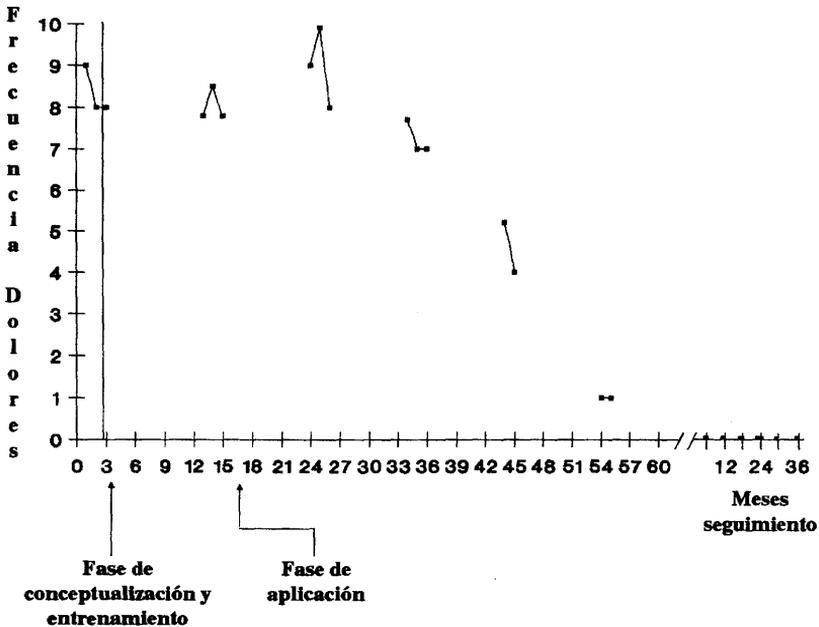
RESULTADOS

En la gráfica número 1 pueden verse los resultados obtenidos. En esta pueden observarse claramente los brotes y la frecuencia de los dolores durante el periodo de línea base inicial y de tratamiento.

En los controles de seguimiento establecidos no aparecen dolores de cabeza.

Hasta transcurridos los nueve primeros meses, la conducta problema fue manifestándose de forma similar a lo que conocíamos por la historia retrospectiva del problema. Sólo a partir de ese momento, es decir transcurridos seis meses del inicio de la fase de aplicación, en la que el paciente tuvo que enfrentarse a tres brotes, empezamos a observar cómo el cliente nos informaba de una menor duración de los racimos, la disminución de la intensidad de los dolores, y lo más importante, la posibilidad de abortar los episodios de cefaleas. Hasta que de forma gradual (transcurridos trece meses del inicio de la terapia) el paciente observaba que podía abortar el dolor en todas las ocasiones, reconociendo los signos previos que indicaban la posible aparición del mismo. Signos que aparecían con la misma distribución que anteriormente los dolores de cabeza y que finalmente también se fueron espaciando en el tiempo hasta ser muy infrecuentes.

Gráfica 1



En los controles de seguimiento no aparece ya ningún dolor de cabeza y sólo en muy contadas ocasiones el sujeto experimentó la sensación de que pudiese iniciarse un ataque.

DISCUSION

Son muy escasos los estudios sobre intervención psicológica en la cefalea en racimos (Sanz Fernandez,1990) siendo frecuentes las afirmaciones (Kudrow, 1980) de la poca utilidad demostrada por este tipo de tratamientos.

En general, pese al escaso número de informes, a su vez poco detallados y dispersos, puede afirmarse que en todos ellos con estrategias de intervención muy similares (relajación, biofeedback de temperatura periférica, biofeedback electroencefalográfico, entrenamiento autógeno,etc.) se obtiene una mejoría objetiva o reducción de la frecuencia en los sujetos que concluyen el tratamiento (Adler y Adler, 1975; King y Arena, 1984; Blanchard y cols., 1982; Fritz y Fehmi, 1983; Sargent y cols., 1973).

Los resultados obtenidos en este caso parecen indicar la eficacia de las técnicas de Biofeedback de temperatura periférica en combinación con entrenamiento autógeno y terapia cognitiva (estrategias de afrontamiento) para el tratamiento de la Migraña en Racimos, en línea con lo apuntado por Blanchard, Andrasik, Jurish y Teders (1982) y Blanchard y Andrasik (1985). Si bien es muy importante subrayar los múltiples problemas de control que observamos en este caso, debidos muchos de ellos a la forma tan característica de manifestarse esta cefalea vascular que hace muy difícil el control de las variables durante el largo proceso de intervención.

Factores tan fundamentales como la medicación han debido jugar un papel muy importante en la mejoría observada, así es importante considerar como el sujeto se sentía muy seguro y tranquilo por el sólo hecho de *tener a mano las pastillas*, y su utilización, una vez se presentaban los primeros síntomas que podían indicarle la proximidad de un ataque de dolor y evidentemente su ingesta si este aparecía con su más pronta desaparición y menor intensidad.

Del mismo modo es importante anotar un aspecto aparentemente anecdótico pero sin duda de gran importancia tratándose de una cefalea vascular, y es cómo el propio paciente encontró una clara relación en la aparición de dolores esporádicos con la circunstancia de no haber secado totalmente su cabello por la mañana tras la ducha.

Sin duda, estos y otros muchos factores pueden haberse sumado a la intervención psicológica en un tratamiento tan prolongado, y de amplio espectro, siendo muy difícil por tanto poder precisar cuales han sido las variables decisivas y más relevantes de la intervención y que han sido causa del cambio observado.

Pese a las limitaciones que se pueden apreciar en esta aplicación terapéutica, como se ha dicho, fundamentalmente de índole metodológicas, consideramos importante su reseña, habida cuenta de las escasas aplicaciones realizadas en este tipo de trastornos, por otra parte tan molestos e incapacitantes, se conoce de pacientes que han llegado al suicidio por no poder soportar tan intenso dolor (Lance, 1980), y sobre todo por que en todos los casos publicados se apunta una misma línea de intervención que sin duda ofrece posibilidades sobre la que habrá que incidir necesariamente.

REFERENCIAS

Adler, C.S. y Adler, S.M. (1975): Biofeedback psychotherapy for the treatment of headaches. A 5-year follow-up. *Headache*, 16, 189-191.

Bakal, D.A. (1982): *The psychobiology of chronic headache*. Nueva York: Springer.

Bakal, D.A.; Demjen, S., y Kaganov, J.A. (1981): Cognitive behavioral treatment of chronic headache. *Headache*, 21, 81-86.

Blanchard, E.B.; Andrasik, F.; Jurish, S.E., y Teders, S.J. (1982) The treatment of cluster headache with relaxation and thermal biofeedback. *Biofeedback and Self-Regulation*, 7, 185-191

Blanchard, E.B. y Andrasik, F. (1985): *Management of Chronic Headaches: A Psychological Approach*. Oxford: Pergamon Press.

Ekbon, K. (1970): A clinical comparison of cluster headache and migraine. *Acta. Neurol. Scand.*, 46 (Suppl. 41), 1.

Friedman, A.P. (1962): Ad Hoc Committee on the Classification of Headache. *Journal of the American Medical Association*, 717-718.

Fernandez Ballesteros, R. (1983): *Psicodiagnóstico*. Universidad Nacional de Educación a Distancia. Madrid.

Harris, W. (1936) Ciliary (migrainous) neuralgia and its treatment. **Br. Med. J.**, 1, 457.

Lance, J.W. (1980): **Cefaleas, clínica y tratamiento**. Barcelona: Ediciones Doy-ma.

Leviton, A. (1978): Epidemiology of Headache. En B.S.Schoenberg (ed.): **Advances in neurology** (vol.19, 341-352). Nueva York: Raven Press.

Meichenbaum, D. (1977): **Cognitive-Behavior Modification: An Integrative Approach**. Nueva York: Plenum Press.

Kerns, D.K.; Turk, D.C., y Holzman, A.D. (1983): Psychological treatment for chronic pain: A selective review. **Clinical Psychology Review**, 3, 15-26.

King, A.C. y Arena, J.G. (1984): Behavioral treatment of chronic cluster headache in geriatric patients. **Biofeedback and Self-Regulation**, 9, 201-208.

Kudrow, L. (1980): **Cluster Headache: Mechanism and Management**. Nueva York: Oxford University Press.

Sanz Fernandez, J. (1990): Biofeedback de temperatura periférica:II Aplicaciones al tratamiento de trastornos psicofisiológicos. **Revista Española de Terapia del Comportamiento**, Vol.8,1, 17-51.

Sargent, J.D.; Green, E.E. y Walters, E.D. (1973): Preliminary report on the use of autogenic feedback training in the treatment of migraine and tension headache. **Psychosomatic Medicine**, 35, 129-135.

Shultz, J.H. y Luthe, U. (1969): **Autogenic training (vol.1)**. Nueva York: Grune and Stratton.

Vallejo, M.A. y Labrador, F.J. (1984): Trastornos Psicofisiológicos: Cefaleas. En J.Mayor y F.J.Labrador (Eds.): **Manual de Modificación de Conducta**. Madrid, Alhambra.

**DIFERENCIAS CULTURALES EN ACTITUDES HACIA EL TABACO:
UNA APLICACION DE LA TEORIA DE LA ACCION RAZONADA***

**Barbara VanOss Marín¹, Gerardo Marín², Eliseo J. Pérez-Stable¹,
Regina Otero-Sabogal¹ y Fabio Sabogal¹**

¹*Division of General Internal Medicine. University of California. San Francisco.*

²*University of San Francisco.*

RESUMEN

Para determinar ciertas creencias y componentes culturales de fumadores hispanos que pudieran influir en una campaña antitabaco, se empleó la teoría de la acción razonada.

Se realizaron 263 entrevistas con hispanos, y 150 con blancos no hispanos. Se detectó que la intención de dejar de fumar venía más marcada por el componente actitudinal que por el componente normativo del modelo. Se pudo identificar un patrón de diferencias culturales entre los dos grupos étnicos; las

* Esta investigación está financiada por la ayuda a la investigación PHS número CA39260 concedida por el Instituto Nacional del Cáncer, DHHS; Eliseo J. Pérez-Stable, Bárbara VanOss Marín y Gerardo Marín, investigadores coprincipales. El Dr. Pérez-Stable es profesor de la Fundación Familia Henry J. Kaiser en Medicina Interna General. Queremos agradecer a Dave Heilbron, Ph.D., por sus críticas respecto de los análisis estadísticos, y a Martín Fishbein por sus comentarios sobre la primera versión de este artículo que fueron de la mayor ayuda.

posibles consecuencias relativas a la familia y la preocupación por el mal aliento contribuyeron más a la hora de dejar el tabaco en los hispanos, que en los blancos no hispanos, mientras que los efectos que el abandono del tabaco pudieran producir, condicionaron más a las actitudes de los no hispanos blancos que a las de los hispanos.

El mal olor de los cigarrillos, la mejora de las relaciones familiares, el aumento de peso, tener menos mal sabor de boca y respirar mejor, fueron las consecuencias del fumar, y del dejar de fumar, que discriminaron más entre los hispanos que intentaban o no dejar de fumar.

Estos resultados, deberían tenerse en cuenta a la hora de elaborar unos mensajes antitabaco culturalmente apropiados para este grupo.

Palabras Clave:

Hispanos; consecuencias del fumar; teoría de la acción razonada; actitudes con respecto al fumar.

ABSTRACT

The theory of reasoned action was used to identify the culturally- appropriate beliefs of Hispanic smokers that might be targeted in an anti-smoking campaign.

In-depth interviews were conducted with 263 Hispanics and 150 non-Hispanic whites. Intentions to quit smoking were predicted most strongly by the attitudinal rather than the normative component of the model. A pattern of cultural differences between the two ethnic groups was identified. Family-related consequences and concerns about bad smell contributed more to Hispanic attitudes toward quitting than to those of non-Hispanic whites, while the effects of withdrawal from cigarettes contributed more to non-Hispanic whites attitudes than to Hispanics.

The bad smell of cigarettes, improving relationships with the family, weight gain, breathing more easily, and having a better taste in the mouth were the consequences of smoking and quitting that most strongly discriminated between those Hispanics intending and not intending to quit.

These results should be used in the creation of culturally-appropriate anti-smoking messages for this group.

Key words:

Hispanics; Tobacco smoking consequences; theory of reasoned action; Smoking attitudes.

INTRODUCCION

Las conductas tales como fumar cigarrillos, que ponen al individuo en situación de riesgo de contraer múltiples enfermedades, así como que constituyen la causa inmediata de diferentes incomodidades, puede pensarse que no son muy racionales. Sin embargo, la teoría de la acción razonada (Fishbein & Ajzen, 1975; Ajzen & Fishbein, 1980) propone que la mayoría de las conductas puede entenderse como el resultado de procesos racionales en los que las personas, sopesamos los costos y beneficios de un curso de acción particular. La teoría propone que la intención de comportarse de una cierta manera puede predecirse mediante la actitud hacia la conducta y/o la percepción de que otros referentes importantes piensan que uno debería realizar tal conducta (norma). La teoría además establece la hipótesis de que las actitudes hacia una conducta pueden predecirse a partir de creencias específicas acerca de las consecuencias probables de la conducta y la evaluación de esas consecuencias. De forma similar, las normas pueden predecirse de las creencias respecto a si hay otros referentes importantes que piensen que la persona debería realizar una conducta y también a partir de la motivación de la persona para llevar a cabo aquello que esos otros referentes importantes desean que haga. Se supone que las consecuencias específicas de una conducta y las personas específicas que son normativas, cambian de un grupo a otro, de tal forma todas ellas deben de ser establecidas para el subgrupo particular que es objeto de estudio.

Tal como sugiere la teoría, los estudios han mostrado que las intenciones de fumar de los diferentes grupos de personas se pueden predecir por las consecuencias diferentes o por las personas normativas que son peculiares para cada grupo. Por ejemplo, las consecuencias de fumar relativas a la apariencia personal fueron más importantes que los efectos de salud a largo plazo del fumar en la determinación de la intención de mujeres universitarias para abandonar el hábito de fumar (Chung & Fishbein, 1979; Roberts, 1979). En contraste, las intenciones de comenzar a fumar en adolescentes se predijeron a partir de sus creencias acerca de cómo opinaban algunos de sus referentes importantes (por ejemplo, amigos) acerca de que ellos fumarán (Fishbein, 1982). La identi-

ficación de las consecuencias más importantes o de las personas normativas que predicen la intención de fumar o de dejar de fumar en grupos particulares puede facilitar el desarrollo de campañas antitabaco.

Uno de los objetivos que es importante considerar lo constituye las influencias que una cultura particular ejerce sobre una persona. Las culturas en el mundo a menudo son muy diferentes unas de otras, y sus influencias tan poderosas, como para moldear el concepto del mundo, los valores y la conducta de una persona, incluso en un contexto multiétnico como el de los EE.UU. de Norteamérica. Por ejemplo, la cultura hispana se caracteriza por ser colectivista, esto es, los individuos dentro de esa cultura se preocupan mucho acerca de las necesidades de los demás (Hofstede, 1980; Marín & Triandis, 1985). El colectivismo expresa él mismo en la cultura hispana tanto una fuerte orientación hacia la familia, incluyendo la familia extensa (Sabogal, Marín, Otero-Sabogal, Marín, & Pérez-Stable, 1987), como un fuerte énfasis respecto a las relaciones sociales y una alta valoración de las relaciones sociales tranquilas y de la simpatía ante los demás (Triandis, Marín, Lisansky, & Betancourt, 1984). Es de suponer que estos poderosos valores culturales afectarán a las creencias que los hispanos tienen acerca de las consecuencias de fumar, puesto que fumar cigarrillos a menudo implica situaciones sociales y los efectos del fumar a corto y a largo plazo afectan también al bienestar de la familia.

Este trabajo tiene dos propósitos: 1) Identificar diferencias entre hispanos y blancos no hispanos en las consecuencias respecto de las consecuencias y personas normativas que predicen la intención de abandonar el hábito de fumar; y 2) Explorar las diferencias entre los hispanos que intentan dejar de fumar y aquellos que no lo intentan.

METODO

Sujetos

Los sujetos fueron 263 hispanos y 150 blancos no hispanos, fumadores, residentes en el área metropolitana de San Francisco, California. Mientras que el 44% de los hispanos en esta muestra eran de origen mejicano, el 38% eran centroamericanos, y el 18% eran de otros países de la América latina. Ninguno de los sujetos era negro. Se intentó reclutar personas de un estatus socioeconómico semejante para ambos grupos étnicos.

La tabla 1 proporciona las características demográficas de los sujetos hispanos y de los no hispanos. Se reclutó un número aproximadamente igual de hombres y de mujeres, aunque una mayor proporción de la muestra hispana era masculina. Las fumadoras hispanas fueron más difíciles de reclutar para este estudio a causa de que las mujeres hispanas constituyen casi la mitad de los fumadores masculinos hispanos (Haynes, Cohen, Harvey & McMillen, 1985; Marín, Pérez-Stable, & Marín, 1989). Los blancos no hispanos tenían una edad media de 34.7 años y los hispanos tenían una edad media de 31.9 años. Esta diferencia corresponde a una diferencia marcada en la edad media entre los hispanos y los blancos no hispanos en el censo de 1980 en el que los hispanos en el área estadística metropolitana estandar de San Francisco tenían una edad media de 26 años, mientras que los blancos no hispanos tenían una edad media de 39 años (U.S. Bureau of the Census, 1983). El intento de reclutar blancos no hispanos de bajo nivel de ingresos tuvo éxito, puesto que el 50% de ellos informaron que ganaban menos de 300\$ por semana (unas 30.000 pesetas por semana) frente al 42% de los hispanos que ganaba una cantidad semejante. Como se esperaba sobre la base de investigaciones anteriores (Haynes, et al.; 1985), se encontraron diferencias marcadas en la conducta de fumar de los dos grupos. Los hispanos fumaban 12.0 cigarrillos por día frente a los blancos no hispanos que fumaban 21.5 cigarrillos por día.

Tabla 1. Resumen de las características de la muestra

	Hispanos (N=263)	Blancos no hispanos (N=150)
Hombres	58%	50%
Nº cigarrillos/día	12.0	21.5
Edad (media)	31.9 años	34.7 años
Edad (rango)	17-70 años	16-75 años
Nivel medio de educación	13.3 años	13.9 años
Nivel medio de ingresos	\$300-400/semana	\$300-400/semana
Ocupación:		
Desempleados	11%	13%
Retirados/Incapacitados	7%	10%
Ama de casa	10%	5%
Trabaja/estudia a tiempo parcial	7%	13%
Trabajador a tiempo completo	35%	32%
Estudiante a tiempo completo	11%	12%
Estudia y trabaja	20%	15%
Nacidos en el extranjero	71%	
Entrevistados en español	55%	
Mejicoamericanos	44%	
Centroamericanos	38%	
Otros grupos hispanos	18%	

Procedimiento

Los fumadores fueron reclutados en primer lugar mediante una entrevista personal en las salas de espera de los hospitales de base y de las clínicas de la comunidad, y en las iglesias, escuelas de adultos, colegios universitarios de la comunidad, agencias de empleo y organizaciones comunitarias de los condados de San Francisco, Alameda y San Mateo. Algunas personas fueron reclutadas también mediante posters y anuncios por la radio. A cada sujeto se le pagaron 10\$ por su participación (aproximadamente 1000 pesetas) en la entrevista, que duró aproximadamente 60 minutos. Los entrevistadores eran estudiantes universitarios hispanos y blancos no hispanos y miembros adultos de la comunidad que recibieron un entrenamiento de 6 horas y sesiones de role-play cara a cara para las técnicas de entrevista utilizadas en este estudio. Los entrevistadores fueron emparejados con los sujetos del estudio por su etnicidad, salvo raras excepciones. Los entrevistadores hispanos eran bilingües.

Con aquellos sujetos que pudieron ser localizados (86.5%) se realizó también una entrevista de seguimiento por teléfono, relacionada específicamente con la conducta de fumar y con los intentos de dejar de fumar en los 30 días que siguieron a la entrevista inicial.

Materiales

El protocolo de la entrevista se estableció siguiendo las sugerencias de Ajzen y Fishbein (1980) para los estudios de la teoría de la acción razonada y las sugerencias de Triandis (1972) para los estudios de cultura subjetiva de un grupo étnico dado. Primero, se llevaron a cabo entrevistas abiertas, intensivas, de aproximadamente 60 minutos, con fumadores hispanos y blancos no hispanos, fumadores antiguos, y no fumadores de ambos sexos (15 en cada grupo). Los items se referían a valores, actitudes, normas y creencias acerca de las consecuencias de fumar. Las respuestas fueron utilizadas para desarrollar items de respuesta cerrada y categorías de respuestas contenidas en el protocolo de entrevista estructurada. Los items fueron desarrollados en inglés o en español y luego fueron traducidos a cada una de las otras lenguas a través de un procedimiento de doble traducción (Brislin, Lonner & Thonrdike, 1973) con la ayuda de dos traductores.

Medidas

La mayor parte de los items fueron medidos mediante una escala tipo Likert de 4 puntos, debido al bajo nivel educativo de alguno de los sujetos.

La intención (I) de abandonar el hábito de fumar, se midió pidiéndole a cada sujeto que completara un cuestionario que incluía 13 ítems orientados comportamentalmente tales como "*En los próximos 30 días, ¿reducirá usted el número de cigarrillos que fuma?*" y otras conductas específicas que incluían tirar todos los cigarrillos, dejar de fumar, aceptar cigarrillos de otros, y evitar situaciones que podrían conducir a fumar. Un análisis factorial de los ítems de intención para fumadores blancos no hispanos e hispanos, reveló que 8 de estos ítems podían ser identificados como común al primer factor para cada grupo étnico, con un alfa de Cronbach para estos 8 ítems de .88. La media de estos 8 ítems fué la medida de la intención utilizada aquí.

La conducta en el seguimiento fué medida 30 días después de la entrevista inicial pidiéndole a los sujetos que contestaran 7 ítems semejantes a aquellos usados para medir la intención, excepto en que la estructura temporal se refería a los últimos 30 días, y las respuestas eran SI o NO. Esta escala de 7 ítems obtuvo un alfa de Cronbach de .72.

Las creencias acerca de las consecuencias de fumar y de dejar de fumar (bs, bq) en los 30 días siguientes a la entrevista se midieron utilizando 24 ítems (12 para el fumar y 12 para dejar de fumar), tales como "*Si usted continúa fumando en los próximos 30 días ¿olerán mal sus ropas y pertenencias?*" y "*Si usted deja de fumar en los próximos 30 días, ¿tendrá usted dificultades para concentrarse?*".

La evaluación de las consecuencias de fumar y del dejar de fumar (es, eq) se cumplió pidiendo a los respondientes en qué medida se sentirían felices o infelices si se produjeran cada una de las 24 posibles consecuencias.

Las actitudes generales hacia el fumar y hacia el dejar de fumar (As, Aq) se midieron pidiendo a los sujetos hasta que punto sería placentero, satisfactorio o agradable, fumar o dejar de fumar en los 30 días siguientes a la entrevista.

Las creencias normativas (NB) se midieron pidiendo a los sujetos que indicaran si cada una de una serie de otras personas significativas para ellos (por ejemplo, padres, hijos, médico, etc.) deseaba que ellos continuaran fumando durante los 30 días siguientes a la entrevista.

La motivación para cumplir (MC) se midió pidiendo a los sujetos si deseaban o les gustaría hacer lo que esas personas que eran significativas para ellos deseaban que hicieran respecto del fumar.

La norma subjetiva (SN) se midió pidiendo a los sujetos si "aquellas personas que son importantes para usted" deseaban que el sujeto continuara fumando.

RESULTADOS

Análisis del modelo

La media para los 8 ítems que medían la intención de dejar de fumar en los 30 días siguientes a la entrevista, correlacionó con .60 para los hispanos, y .51 para los blancos no hispanos, con la media de la conducta de dejar de fumar un mes después de la entrevista obtenida por autoinforme a partir de los propios sujetos. Aunque esta correlación no es perfecta es suficiente para permitir usar la intención como sustituto de la conducta en los análisis siguientes tal como sugiere la teoría de la acción razonada.

El análisis de regresión por pasos para cada grupo étnico de la puntuación obtenida en norma subjetiva (SN) y la diferencia entre la actitud hacia el fumar y la actitud hacia dejar de fumar ($A_S - A_Q$) sobre la intención reveló que las normas generalizadas (SN) no se relacionaban con la intención de dejar de fumar en ninguno de los dos grupos (se obtuvieron puntuaciones beta de .04 y -.03 para los hispanos y los blancos no hispanos respectivamente). La actitud hacia fumar ($A_S - A_Q$) se relacionó estrechamente con la intención de dejar de fumar para ambos grupos (betas de -.59 para hispanos, y de -.51 para blancos no hispanos).

Las actitudes hacia el fumar ($A_S - A_Q$) correlacionaron moderadamente y positivamente con los determinantes de estas actitudes, ($b_{SES} - b_{OEQ}$), .54 para hispanos y .39 para no hispanos. Los determinantes de la norma subjetiva [(NB)x(NC)] correlacionaron .73 para los hispanos y .54 para los no hispanos con la norma subjetiva total.

Estos análisis sugieren que las normas percibidas respecto al fumar y dejar de fumar en hispanos y en no hispanos son de poca importancia en la comprensión de la intención de dejar de fumar, mientras que una mayor comprensión de las creencias de estos grupos acerca de las consecuencias de fumar y de las consecuencias de dejar de fumar pueden proporcionar una información importante acerca de por qué algunos fumadores en estos grupos intentan dejar de fumar y otros no.

Diferencias étnicas

Intención de dejar de fumar (I). La media de los 8 ítems referidos a la intención de dejar de fumar varía a lo largo del rango entero de las posibilidades (rango de medias de 1-4) con la mayoría de los sujetos, mostrando una baja intención de dejar de fumar. Casi el 70% de los fumadores hispanos puntuó 2.5 o menos en esta escala, comparado con el 92% de los no hispanos. De hecho, hubo una diferencia significativamente elevada en la puntuación media de intención entre los hispanos ($M = 2.2$) y los no hispanos ($M = 1.7$), $F(1,398) = 34.8$, $p < .001$.

Para identificar las diferencias étnicas y de sexos en estas creencias acerca de las consecuencias de fumar y de dejar de fumar, se realizó un análisis multivariado de covarianza, utilizando las 24 consecuencias como variables dependientes, la etnicidad y el sexo como variables independientes, y el número de cigarrillos fumados por día como un covariado. Los resultados indicaron que la etnicidad estaba significativamente relacionada con las variables dependientes, Hotellings $T^2(24,331) = 3.7$, $p < .001$. El sexo no aparecía relacionado con estas consecuencias. El número de cigarrillos fumado por día se mostró como un covariado significativo estadísticamente, Hotellings $T^2(24,331) = 2.5$, $p < .001$.

Creencias respecto a las consecuencias de fumar (bses). La Tabla 2 presenta las medias de los productos de las creencias respecto de las consecuencias de fumar por la evaluación de aquellas consecuencias (bses) para cada grupo étnico. Estos productos proporcionan la mejor estimación de la contribución de cada consecuencia a la actitud global hacia el fumar. Las consecuencias evaluadas como negativas y consideradas como probables por los sujetos tendrán medias menores que cero, mientras que aquellas consecuencias positivas consideradas como probables tendrán medias mayores que cero. Las medias con una mayor contribución a la actitud global son aquellas más alejadas del cero.

Las consecuencias con mayor contribución a la actitud hacia el fumar para estos grupos incluyen el daño a la propia salud y el tener mal aliento. Las consecuencias tales como el dañar la salud de los propios hijos, tener ropas que huelen mal, el dañar la salud de otros, y sentirse controlados por un hábito, mostraron medias negativas más pequeñas. El tener agujeros en la ropa por las brasas de cigarrillos tuvieron un producto medio positivo a causa de que se consideraban consecuencias negativas pero también improbables que ocurrieran. Dado que todas las consecuencias positivas del fumar se consideraban improbables por estos sujetos, las medias son muy próximas a cero, sugiriendo que tienen poca relación con las intenciones de dejar de fumar.

Tabla 2. Creencias medias acerca de las consecuencias de fumar por evaluaciones de resultados (bses) en cada grupo étnico.

Items	Hispanos	Blancos no hispanos
Consecuencias negativas		
Perjuicios para la propia salud	-4.5	-3.3
Tener mal aliento	-3.9	-2.3**
Tener mal olor en las ropas	-1.2	-1.0
Salud de los demás	-1.0	.1
Salud de los hijos	-.8	3.1***
Críticas familiares	-.1	1.4**
Arrugas	0.0	.6
Sentirse controlado por el hábito	.5	-1.8
Quemados en las ropas	5.7	3.9**
Consecuencias positivas		
Tener mejor control de los nervios	-.3	-.6
Ser más atractivo entre los amigos	-3.5	-3.1
Ser más popular entre los amigos	-3.6	-3.3

p < .01; *p < .001

Se realizaron también análisis univariados de varianza de cada creencia individual, utilizando la etnicidad como la variable independiente y el número de cigarrillos fumados por día como el covariado. Debido a los análisis múltiples implicados los niveles de significatividad se establecieron al .01. Ciertas consecuencias contribuyeron más a la actitud hacia el fumar de los hispanos que a tal actitud en los no hispanos. Estas consecuencias incluyeron el daño a la salud de los hijos, $F(1,229) = 12.0$, $p < .001$, a las críticas por parte de su familia, $F(1,404) = 9.9$, $p < .01$, y tener mal aliento, $F(1,406) = 9.3$, $p < .01$. Ambos grupos opinaron que era improbable que se pudieran producir quemados en sus ropas, pero los hispanos pensaron que el hecho de tener agujeros por quemados en sus ropas era menos improbable que los blancos no hispanos, $F(1,407) = 8.1$, $p < .01$.

En varios casos el covariado explicó una parte significativa de la varianza. El número de cigarrillos fumado por día se relacionó significativamente con el sentimiento de estar controlado por el hábito, $F(1,404) = 24.8$, $p < .001$, y las creencias acerca de los agujeros por quemados en las ropas, $F(1,407) = 15.6$, $p < .001$.

Creencias acerca de las consecuencias de dejar de fumar (bqeq). La tabla 3 presenta los productos de las creencias acerca de las consecuencias de dejar de fumar por la evaluación de aquellas consecuencias en cada uno de los grupos étnicos. Las consecuencias de dejar de fumar que contribuyeron más a la actitud global de los fumadores hacia el fumar fueron "dar un mejor ejemplo a los hijos", "el estar físicamente más saludable", "el tener un mejor sabor en la boca", "el respirar más fácilmente", "sentir que uno había cumplido un trabajo duro", y "gastar menos dinero", todas las cuales son consecuencias positivas.

Tabla 3. Media de las creencias acerca de las consecuencias de dejar de fumar por las evaluaciones de resultados (bqeq) en cada grupo étnico

Items	Hispanos	Blancos no hispanos
Consecuencias positivas		
Dar mejor ejemplo a los hijos	7.3	5.0***
Estar físicamente más saludable	5.4	4.8
Tener un mejor sabor de boca	5.2	3.3***
Respirar con más facilidad	4.5	3.7
Sentir que uno ha cumplido algo	4.3	6.5**
Gastar menos dinero	4.3	3.9
Mejorar las relaciones familiares	1.8	-1.7***
Consecuencias negativas		
Ganar peso	0.0	-6
Ponerse más nervioso	1.2	-1.7***
Mayor dificultad para concentrarse	3.0	.8**
Más dolores de cabeza de lo usual	4.1	3.3
Sentirse somnoliento	4.6	3.3

p < .01; *p < .001

Para las consecuencias negativas del dejar de fumar, los items más importantes tuvieron productos negativos. Con excepción de "ponerse más nervioso" para los blancos no hispanos, todos los productos fueron o bien positivos, o próximos al cero, sugiriendo que estas consecuencias no tienen relación con la intención de dejar de fumar.

Los análisis de covarianza revelaron diferencias étnicas en la evaluación de varias consecuencias del dejar de fumar. El realizar algo duro dejando de fumar $F(1,402) = 8.2$, $p < .01$, el ponerse nervioso $F(1,404) = 12.0$, $p < .001$, y tener dificultades para concentrarse, $F(1,405) = 8.4$, $p < .01$, contribuyeron más

a las actitudes hacia el dejar de fumar del grupo de no hispanos que del de hispanos. Dar un mejor ejemplo a los hijos, $F(1,217) = 14.0$, $p < .001$, mejorar la relación con la esposa y los hijos, $F(1,241) = 10.7$, $p < .001$, y tener un mejor sabor en la boca por dejar de fumar, $F(1,406) = 13.6$, $p < .001$, contribuyeron más a la actitud hacia el fumar de los hispanos que de los no hispanos.

De nuevo, el covariado se relacionó significativamente con varias consecuencias. El número de cigarrillos fumados por día se relacionó significativamente con las creencias de que el dejar de fumar significa cumplir una tarea difícil, $F(1,402) = 11.7$, $p < .001$, y que dejar de fumar se asociará con el estar más nervioso, $F(1,404) = 24.1$, $p < .001$, tener más dificultades de concentración, $F(1,405) = 8.6$, $p < .01$, tener más dolores de cabeza de lo habitual, $F(1,397) = 8.9$, $p < .01$, y sentirse mareado, aturrido, $F(1,403) = 17.7$, $p < .001$.

Predicción de la intención de dejar de fumar de los hispanos. Trabajar con la teoría de acción razonada generalmente implica identificar diferencias entre aquellos que tienen intención de llevar a cabo una conducta y aquellos que no tienen intención de llevarla a cabo. Dado el interés de este estudio en la comprensión del hábito de fumar de los hispanos, se llevó a cabo un análisis multivariado de covarianza para los hispanos, utilizando la intención de dejar de fumar como variable independiente. El producto de las creencias respecto a las consecuencias de fumar y de dejar de fumar por sus evaluaciones respectivas como las variables dependientes, y el número de cigarrillos fumados por día como un covariable. La intención se definió como aquellos que puntuaron por encima del punto medio en la intención de continuar fumando en los 30 días siguientes a la entrevista y aquellos que puntuaron por debajo del punto medio.

El análisis multivariado indicó que los que intentaban dejar de fumar eran significativamente diferentes de aquellos que no intentaban dejar de fumar, Hotellings $T^2(24,202) = 1.9$, $p < .01$, y el número de cigarrillos por día se relacionó significativamente como un covariado, Hotellings $T^2(24,202) = 1.9$, $p < .01$, y de tal forma se llevaron a cabo análisis de covarianza individuales sobre cada producto. Los resultados de estos análisis se presentaron en las tablas 4 y 5.

Para las consecuencias del fumar, las diferencias más amplias entre los hispanos que pretendían dejar de fumar y aquellos que no pretendían dejar de fumar en los 30 días siguientes a la entrevista, se produjeron para el tener ropas y pertenencias que olían mal, $F(1,248) = 11.6$, $p < .001$, y tener mal aliento, $F(1,250) = 7.7$, $p < .01$. Para cada una de estas consecuencias, la media de las creencias acerca de las consecuencias de fumar fué más negativa para los que pretendían dejar de fumar que para los que no pretendían dejar de fumar, indicando que cada una de estas consecuencias negativas era considerada más

probable y/o evaluada más negativamente por los que pretendían dejar de fumar que por los que no pretendían dejar de fumar. El covariado se relacionó significativamente con el sentirse controlado por un hábito, $F(1,249) = 14.4$, $p < .001$, y el tener agujeros por quemados en las ropas, $F(1,251) = 7.4$, $p < .01$.

Tabla 4. Creencias acerca de las consecuencias de fumar (bses) para los hispanos que intentan y que no intentan dejar de fumar

Hispanos			
Consecuencias	Intentan fumar (N=168)	Intentan dejarlo (N=89)	Diferencia
Perjudicar la salud de los niños	.5	-3.1	3.6
Mal olor de ropas	-.2	-2.9	2.7***
Tener mal aliento	-3.1	-5.6	2.5**
Más arrugas	.6	-1.2	1.8
Perjudicar la propia salud	-3.9	-5.6	1.7
Perjudicar la salud de los otros	-.7	-1.7	1.0
Control de nervios	-0.0	-.6	.6
Sentirse controlado por la adicción	.6	.2	.4
Quemados en las ropas	5.8	5.4	.4
Críticas familiares	0.0	-.3	.3
Ser atractivo o elegante	-3.7	-2.9	-.8
Ser más popular	-3.9	-2.7	-1.2

** $p < .01$; *** $p < .001$. Los resultados se han ordenado por la magnitud de las diferencias medias entre aquellos que intentan dejar de fumar y aquellos que intentan continuar fumando.

La tabla 5 presenta los resultados de las diferencias entre los hispanos que pretendían y los que no pretendían dejar de fumar por las consecuencias de dejar de fumar. Las consecuencias de dejar de fumar que mostraron diferencias significativas entre los grupos incluían la mejora de las relaciones con la familia, $F(1,159) = 12.9$, $p < .001$, ganar peso, $F(1,250) = 13.6$, $p < .001$, tener un mejor sabor de boca, $F(1,251) = 13.0$, $p < .01$, y respirar con más facilidad, $F(1,251) = 9.8$, $p < .001$. En la mayoría de los casos, estas consecuencias contribuyeron más a la actitud hacia el fumar en aquellos que intentaban dejar de fumar que en aquellos que no intentaban dejar de fumar. En el caso de la ganancia de peso, aquellos que intentaban dejar de fumar percibieron ganar peso, o bien como más positivo y más probable, o como más negativo pero improbable, que aquellos que intentaban continuar fumando. El covariado, número de cigarrillos fumados por día, se relacionó significativamente con la

creencia de que dejar de fumar causaría en el fumador un sentimiento de estar aturdido o mareado, $F(1,250) = 11.1, p < .001$.

Tabla 5. Creencias acerca de dejar de fumar (bses) para los hispanos que intentan dejar de fumar y aquellos que no lo intentan

Consecuencias	Hispanos		Diferencia
	Intentan fumar (N=168)	Intentan dejarlo (N=89)	
Mejorar las relaciones con la familia	.3	4.1	-3.8***
Ganar peso	-1.0	1.9	-2.9***
Respirar más fácilmente	3.7	5.9	-2.2**
Mejor sabor en la boca	4.4	6.4	-2.2***
Más salud física	4.8	6.7	-1.9
Estar más nervioso	.7	2.2	-1.5
Cumplir algo duro	3.8	5.3	-1.5
Dar mejor ejemplo	7.9	7.8	-.9
Gastar menos dinero	4.1	4.7	-.6
Sentirse somnoliento	4.5	4.8	-.3
Tener dificultad de concentración	3.0	3.2	-.2
Más dolores de cabeza	4.0	4.0	0.0

** $p < .01$; *** $p < .001$.

DISCUSION

Este estudio ha utilizado la teoría de la acción razonada para identificar las consecuencias específicas de fumar o de dejar de fumar que son más importantes para los hispanos. Centrándose en las diferencias culturales entre hispanos y blancos no hispanos e identificando diferencias entre hispanos que intentan dejar de fumar y que no intentan dejar de fumar en los 30 días siguientes a la entrevista, hemos iluminado las creencias culturales acerca del fumar específicas para los hispanos y podemos proporcionar líneas guía para desarrollar mensajes antifumar que tienen por meta a la comunidad.

Las consecuencias de fumar relacionadas con la familia contribuyeron más a las actitudes hacia el fumar para los hispanos que para los no hispanos. El perjudicar la salud de los hijos y de la familia y las críticas de la familia, el

dar un mejor ejemplo a sus hijos y mejorar sus relaciones con la familia, contribuyeron todos ellos más a las actitudes hacia el dejar de fumar en los hispanos, que en los blancos no hispanos. Este mayor énfasis en las consecuencias relacionadas con la familia puede esperarse dada la importancia que tiene la familia en la cultura hispana (Sabogal, Marín, Otero-Sabogal, Marín, y Pérez-Stable, 1987). Los hispanos percibieron una pauta de obligaciones respecto a la familia y apoyo de la familia que va más allá de la corriente principal de la cultura blanca no hispana. Nuestros datos sugieren que la preocupación por los niños y los miedos de desagradar a otros miembros de la familia pueden ser motivadores culturales.

Una segunda diferencia cultural fué el impacto social percibido del mal olor de los cigarrillos. El mal aliento y un mejor sabor de boca contribuyeron más a la actitud hacia el fumar por parte de los hispanos que a tal actitud en el caso de los blancos no hispanos. Esto puede relacionarse con las características culturales de alto colectivismo y simpatía que enfatizan o subrayan el entenderse con los demás (Triandis, et al., 1984). La simpatía es un rasgo altamente valorado que describe a una persona que es divertida y que facilita unas relaciones sociales suaves, que es amable, apreciable, divertida, y facilita unas suaves relaciones sociales. Si entenderse con los demás es altamente valorado por los hispanos, el mal aliento puede esperarse que se valore negativamente. También hemos encontrado que los hispanos tienen un espacio personal reducido comparado con otros grupos (Hall, 1959; 1966), y puede esperarse por tanto que aquellos que se acercan más a los demás, estén más preocupados acerca del mal aliento.

Nuestros datos indican que los sujetos blancos no hispanos en nuestra muestra fumaban como dos veces más cigarrillos por día que los hispanos. Sobre la base de los resultados de los análisis de covarianza a veces este mayor nivel de adicción es ampliamente responsable de las diferencias entre los grupos étnicos en la medida en que ellos se sienten controlados por su hábito, su creencia de que pueden quemarse la ropa y su creencia de que experimentarán síntomas de retirada si dejan de fumar. Sin embargo, incluso después de dar cuenta de este covariado, el nerviosismo y la dificultad de concentrarse durante la retirada y el sentimiento de que dejar de fumar es algo duro, contribuyeron más a la actitud hacia el fumar en los blancos no hispanos que en los hispanos. Esto sugiere que dados dos fumadores igualmente "pesados", el fumador hispano estará algo menos preocupado hacia los síntomas de retirada que el fumador blanco no hispano. Las diferencias en el consumo no dan cuenta de las diferencias étnicas en aquellos items que se centran en la familia y en el mal olor y los hispanos realmente perciben las consecuencias del fumar relacionadas con la familia y con el mal olor, como más probables que los blancos no hispanos, a despecho de que sean fumadores más ligeros.

Algunos de nuestros resultados sugieren que puede ser más fácil persuadir a un hispano para que deje de fumar que a un blanco no hispano. Los hispanos tienen una intención mayor de dejar de fumar. Esto es consistente con los datos que muestran que el fumador hispano tiene una mayor autoeficacia para dejar de fumar (Sabogal; Marín, Otero-Sabogal, Marín, y Pérez-Stable, en prensa). Dado que es más probable que los fumadores ligeros dejen de fumar por sí mismos, y a menudo tienen menos dificultades para dejar de fumar, podría esperarse que una campaña de medios de comunicación de masas culturalmente apropiada tendrá un efecto poderoso para motivar a los fumadores hispanos para que dejen de fumar. Por otro lado, la percepción de estos hispanos de que dejar de fumar no implicará síntomas de retirada serios puede ser una expectativa algo poco realista, especialmente para los fumadores más pesados.

Una campaña de medios de comunicación de masas contra el fumar, para los hispanos, debería centrarse en las cuestiones culturales sobresalientes (por ejemplo, consecuencias de fumar relacionadas con la familia) para mejorar su credibilidad y el atractivo para la audiencia. Además debería concentrarse en aquellas consecuencias del fumar y del dejar de fumar que discriminan a los hispanos que intentan dejar de fumar de aquellos que no intentan dejar de fumar. Es probable que subrayar la conciencia de los fumadores hispanos respecto de los beneficios inmediatos del dejar de fumar para ellos mismos (por ejemplo, mejorar las relaciones con la familia, respirar con más facilidad, tener un mejor sabor de boca) tanto como de los efectos de fumar sobre las relaciones sociales (mal aliento, mal olor de las ropas y las pertenencias) sean componentes efectivos de tal campaña.

Finalmente, una campaña antitabaco efectiva entre los hispanos necesitará tomar en cuenta el tema del aumento de peso. A despecho del hecho de que se haya encontrado que los hispanos en Tejas están menos preocupados con la presencia del exceso de peso (Stern, Pugh, Gaskill y Hazuda, 1982) nuestros datos indican que aquellos que intentan seguir fumando estaban claramente preocupados acerca del aumento de peso como una consecuencia del dejar de fumar. Las campañas podrían incorporar consejos específicos para los fumadores respecto de mejorar su nutrición y hacer más ejercicio como maneras de combatir el aumento de peso.

Este estudio representa un uso nuevo de la teoría de la acción razonada que implica una comparación de los grupos étnicos. Esta aproximación nos permite determinar diferencias culturales tanto como identificar diferencias entre los hispanos que intentan o no dejar de fumar. Las diferencias culturales encontradas aquí confirman la contribución de la cultura hispana a conductas comunes tales como fumar, y proporcionan temas creíbles para las campañas

comunitarias. Los análisis de intención arrojaron resultados algo diferentes de la comparación cultural, sugiriendo la importancia de esta aproximación adicional en mensajes contra el fumar que se están desarrollando realmente para esta comunidad. Esta aproximación dual proporcionó importantes datos para comprender a los fumadores hispanos, pero una información menos detallada acerca de los fumadores blancos no hispanos, sugiriendo que puede ser necesario establecer ítems y análisis separados para cada sexo en este grupo. Esta muestra de hispanos de la Bahía de San Francisco se tomó primariamente de méjico- americanos y de centroamericanos, y los resultados no se pueden generalizar a otros subgrupos hispanos importantes, tales como puertorriqueños y cubanos. Se necesitan estudios sobre las consecuencias percibidas de fumar y de dejar de fumar en estos grupos para evaluar las semejanzas y diferencias con respecto a nuestros resultados. Los investigadores de mercado han sido conscientes durante largo tiempo de la importancia de fabricar un mensaje para un grupo particular, basado en las actitudes y en los valores de este grupo. Los anunciantes de cigarrillos y de alcohol han llegado a ser expertos en esta táctica, gastando 2.1 billones de dólares en 1984 solo en este tema (Davis, 1987). Aquellos que desean vender conductas de salud deben comenzar a hacer lo mismo si intentan promover un cambio de las actitudes y de las conductas que sea efectivo (Fredericksen, Solomon y Brehony, 1984). Este estudio sugiere que los mensajes acerca de los efectos del fumar y del dejar de fumar sobre nuestra familia y respecto el mal olor del fumar podrían ser usados eficazmente para desarrollar una campaña antifumar en la comunidad hispana. Tales campañas son críticamente importantes a la vista del aumento del fumar en este grupo, especialmente entre los miembros más jóvenes y más aculturados (Marcus y Crane, 1985; Marín, Pérez-Stable y Marín, 1989).

REFERENCIAS

- Ajzen, I. & Fishbein, M. (1980): **Understanding attitudes and predicting social behavior.** Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, Inc.
- Brislin, R. W.; Lonner, W. J. & Thorndike, E. M. (1973): **Cross-cultural research methods.** New York: Wiley.
- Bureau of the Census (1983): **1980 Census of Population and Housing.** Washington, DC: U.S. Government Printing Office, Publication No. PHC80-2-321.
- Chung, J. & Fishbein, M. (1979): **Predicting young women's intention to smoke: Some implications for attitude measurement.** Paper presented at a meeting of the Midwestern Psychological Association, May.

- Davis, R. M. (1987): **Current trends in cigarette advertising and marketing.** *The New England Journal of Medicine*, 316, 725-748.
- Fishbein, M. (1982): **Social psychological analysis of smoking behavior.** In J.R. Eiser (Ed.): **Social psychology and behavioral medicine.** New York: John Wiley & Sons.
- Fishbein, M. & Ajzen, I. (1975): **Belief, attitude, intention and behavior: An introduction to theory and research.** Reading Mass.: Addison-Wesley.
- Frederiksen, L. W.; Solomon, L. J. & Brehony, K. A. (1984): **Marketing health behavior.** New York: Plenum.
- Hall, E. T. (1959): **The silent language.** Garden City, NY: Doubleday.
- Hall, E. T. (1966): **The hidden dimension.** Garden City, NY: Doubleday.
- Haynes, S. G.; Cohen, B.; Harvey, C. & McMillen, M. (1985): **Cigarette smoking among Mexican-Americans: HHANES, Southwest United States, 1983-1984.** Paper presented at the Annual Convention of the American Public Health Association, Washington, DC. November.
- Hofstede, G. (1980): **Culture's consequences.** Beverly Hills: Sage.
- Marcus, A. C. & Crane, L. A. (1985): **Smoking behavior among U.S. Latinos: An emerging challenge for public health.** *American Journal of Public Health*, 75, 169-172.
- Marin, G.; Perez-Stable, E. J. & Marin, B. V. (1989): **Cigarette smoking among Hispanics: The role of acculturation and gender.** *American Journal of Public Health*, 79, 196-198.
- Marin, G. & Triandis, H. C. (1985): **Allocentrism as an important characteristic of the behavior of Latin Americans and Hispanics.** In R. Diaz-Guerrero (ed.): **Cross-cultural and national studies in social psychology.** Amsterdam: North-Holland. pp. 85-104.
- Roberts, S. (1979): **Beliefs associated with smoking intentions of college women** Ph. D. dissertation University of Illinois, Urbana-Champaign.
- Sabogal, F.; Otero-Sabogal, R.; Marin, G. & Perez-Stable, E. J. (in press): **Self-efficacy to avoid smoking among Hispanic and white non-Hispanic smokers.** *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*.
- Sabogal, F.; Marin, G.; Otero-Sabogal, R.; Marin, B. & Perez-Stable, E. J. (1987): **Hispanic familism and acculturation: What changes and what doesn't.** *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*, 9, 183-205.

Stern, M. P.; Pugh, J. A.; Gaskill, S. P. & Hazuda, H. P. (1982): Knowledge, attitudes and behavior related to obesity and dieting in Mexican Americans and Anglos: The San Antonio Heart Study. **American Journal of Epidemiology**, 115, 917-928.

Triandis, H. C. (1972): **The analysis of subjective culture**. New York: Wiley.

Triandis, H. C.; Marin, G.; Lisansky, J. & Betancourt, H. (1984): Simpatia as a cultural script of Hispanics. **Journal of Personality and Social Psychology**, 47, 1363-1375.

**TRATAMIENTO DEL ABUSO DEL ALCOHOL Y CONSUMO DE TABACO
EN UN ADOLESCENTE CON DIABETES MELLITUS (Tipo II).**

José Olivares Rodríguez y Diego Maciá Antón

*Dpto. de Metodología y Análisis del Comportamiento.
Universidad de Murcia*

RESUMEN

En el presente trabajo exponemos un programa basado en procedimientos cognitivo-conductuales para el tratamiento de las conductas de ingesta de alcohol (cerveza) y consumo de tabaco en un adolescente con diabetes mellitus (tipo II).

La intervención se ha llevado a cabo desde el marco del modelo comportamental educativo a dos niveles: individual (dotando al sujeto de recursos teóricos y técnicos para co-intervenir en su propio tratamiento y prevenir recaídas) y ambiental (manipulando a través del propio sujeto los aspectos del contexto que se sabe dificultan su correcta adaptación a su situación de diabético).

Los resultados obtenidos muestran la eliminación de las conductas problema así como la adquisición de conductas alternativas e incremento de la autoeficacia percibida. Seis meses después los resultados seguían manteniéndose.

ABSTRACT

In this work we present a programme based on cognitive-behavioural proceedings for the treatment of drinking alcohol (beer) and smoking tobacco behaviours of an adolescent, suffering diabetes mellitus (type II).

The treatment has been carried out under the framework of an educational behavioural model at two levels: individual (giving the patient theoretical and technical means in order to collaborate in his own treatment and prevent relapses) and environmental (changing the factors that are known to interfere with a proper adaptation to his diabetic condition).

The results showed the misconducts as well as the acquisition of alternative conducts were removed and the detected self-effectiveness was increased. This pattern was kept six months later.

INTRODUCCION

En los procesos de salud-enfermedad, entendidos dentro de una concepción interdisciplinar como resultantes de la interacción compleja de factores biológicos, psicológicos y sociales, al psicólogo le corresponden una parcela y funciones específicas de prevención y tratamiento (Méndez y Maciá, 1990; Rives, 1990).

La diabetes es uno de los tantos ejemplos en los que, pese a tratarse de un problema -en apariencia- de origen básicamente orgánico (Köbberling y Tahersall, 1982; Pike, 1979), la necesidad de una intervención interdisciplinar se pone de manifiesto en el ámbito de su propia prevención (Jönsson, 1983), pues conviene no olvidar que, por una parte, la diabetes mellitus tipo II (no insulino-dependiente) se asocia con obesidad en más del 80% de los casos (De Fronzo et al., 1983; Mann, 1984; Zimmet, 1982) y, por otra, el hecho de que "se están acumulando evidencias de que los pacientes pueden llegar con manifestaciones clínicas de diabetes tipo II y pasar con el correr de los años a tipo I -insulino-dependientes-" (Sussman y Braznin, 1989; págs. 555-556). La literatura científica sobre el tema muestra que la práctica totalidad de los autores están de acuerdo en que la educación del sujeto en estado diabético y el conocimiento de las variables implicadas en su enfermedad, así como la participación activa del mismo en el manejo cotidiano de su diabetes, resultan una condición necesaria para lograr el control de la misma (Assal et al., 1983; Bajaj, 1984; Kalsl, 1974; OMS, 1985).

Un ejemplo de hasta qué punto resulta sustancial la "adherencia consciente" del sujeto al tratamiento, a fin de ajustar tanto sus conductas concretas como sus patrones o estilos comportamentales a sus nuevas posibilidades, lo constituyen en el caso de la diabetes sus complicaciones más frecuentes. Así, como recuerdan el DRSG (1981), Kadosaki et al. (1984) o White y Santiago (1989):

1) La *retinopatía* termina afectando al 50% de los diabéticos y su prevención, además de mantener normalizado el estado metabólico lo más posible, consiste en el control de las conductas o estilos comportamentales que conllevan la hipertensión y el consumo de cigarrillos.

2) La *Nefropatía*, causa de muerte del 10% de los diabéticos, también se relaciona estrechamente con la hipertensión, además de las infecciones de vías urinarias y el control asíduo de la glucosa.

3) La *Macroangiopatía* es también causa de muerte para aproximadamente el 70% de los diabéticos. Su tratamiento sólo puede ser preventivo introduciendo cambios en la forma de vivir y corrigiendo los factores de riesgo reversibles: hipertensión, hiperlipenuria y consumo de cigarrillos.

De hecho, como señala la ADA (1984) -American Diabetes Association- citada por Sussman y Braznin (o. c.), junto al cumplimiento estricto de las prescripciones médicas las medidas educativas són la base de la labor preventiva tanto en el seguimiento de la dieta como en la realización del ejercicio físico, la motivación para las tareas de autocontrol, el conocimiento de comportamientos peligrosos, manejo de la presión de grupo, ...

Cuando la diabetes aparece en sujetos preadolescentes o adolescentes la necesidad de intervención psicológica se agudiza aún más si cabe. A la problemática comportamental específica que entrañan todos los cambios que han de operarse en su vida cotidiana hay que asociarles los propios de la edad y el efecto de la interacción de ambos.

Entre los factores de riesgo más importantes a prevenir (sedentarismo, factores nutricionales, estrés, ...) está el consumo de drogas legales como el tabaco y alcohol, cuyo uso viene incrementándose entre la juventud (EDIS, 1985) con porcentajes que oscilan en el tabaco, por ejemplo, entre el 40 y el 50 por 100 de las personas de 12 o más años (Centro de Investigaciones Sociológicas, 1986).

Respecto de la prevalencia e incidencia la OMS (1985) señala que la diabetes tipo II: a) Aumenta con la edad, es equivalente en ambos sexos y presenta una mayor prevalencia entre los habitantes del medio urbano; b) La incidencia informada por los médicos se incrementa durante la edad adulta y es generalmente muy alta en la vejez, no existiendo documentación que acredite diferencias entre sexos.

Como ya hemos señalado en otro lugar (Maciá, Méndez y Olivares, en prensa) partimos del supuesto de que el consumo de drogas conlleva una conducta aprendida que se adquiere y mantiene por los mismos principios de aprendizaje que rigen cualquier otro modo de conducta.

1. Sujeto

C. de 16 años de edad y alumno de segundo curso de BUP. Acude a la consulta de psicología que la APA del centro ha contratado para la atención y orientación (no escolar) de los alumnos del mismo. Lo remite su profesor tutor tras conocer a través de charla accidental la cerveza ingerida los fines de semana, saber de su estado diabético y haberle comunicado éste que llevaba ya dos meses intentando dejar de beber, pero sin conseguirlo.

El origen de las tentativas para abandonar el consumo de cerveza se hallaba en la urgencia con que su médico le había requerido el estricto cumplimiento del régimen alimenticio prescrito, pues en los dos últimos controles analíticos el índice bioquímico de control metabólico (glucosa plasmática en ayunas, en este caso) alcanzaba valores preocupantes.

El sujeto manifiesta haber iniciado la ingesta de cerveza de forma sistemática todos los fines de semana (viernes y sábados por la tarde/noche) desde hace aproximadamente ocho meses.

Al describir las razones que le inducen a la ingesta de cerveza señala que *"al principio de tomarla no me apetece, pero al pedirme todos que beba me sumo a la ronda o voy a por cerveza a la barra si estoy costipado. Mientras las tomo no pienso en nada; hablo, me distraigo. Después de tomarlas pienso en no beber más, pero al rato vuelvo otra vez porque sino bebo ni fumo ¿qué hago?. No se enterearme en otra cosa y tampoco soy capaz de decir "no" a mis amigos"*.

Respecto del consumo de tabaco ni siquiera se había planteado la necesidad de reducirlo. Su historial escolar es totalmente normal. Sus padres són ambos profesores de E.G.B. y C. es el segundo de los tres hijos de la familia.

aceptación por el grupo, la reducción del nivel de ansiedad y la participación y disfrute en/de la alegría ambiental.

En consecuencia, nuestra hipótesis para esta conducta consistió en suponer que si lográbamos incrementar el repertorio conductual del sujeto en el ámbito asertivo y de actividades alternativas al consumo de cerveza, y le facilitamos un procedimiento que le permitiera abandonar progresivamente su grupo e ir introduciéndose al mismo tiempo en otro u otros, lograríamos eliminar la conducta de beber.

Respecto del **tabaco** su consumo tenía como variables *antecedentes*: la calle, el instituto, situaciones agradables y la presencia de amigos o compañeros. Entre las *consecuencias* mantenedoras estaban: resultar agradable, relajarse (tener algo en las manos, en la boca, ... estar haciendo algo) y servir de mediador para introducirse o estar con gente que no se conoce bien.

De los datos de que disponíamos era razonable inferir que la conducta de fumar estaba básicamente en función de los reforzadores sociales y, en escasa medida, del nivel de nicotina en sangre. Por tanto, si dábamos al sujeto la información pertinente sobre los perjuicios para su salud de esta conducta, lo entrenábamos en habilidades sociales y en el control de su ansiedad, facilitándole también un procedimiento gradual para el abandono del hábito, lograríamos suprimir también esta conducta problema.

2.2. Intervención modificadora

Diseñamos nuestra intervención en dos fases. La primera de preparación o educativa y la segunda de aplicación directa del tratamiento.

a) Fase de preparación o educativa

En la primera sesión de tratamiento, tras el sondeo llevado a cabo a través de la entrevista, se le proporcionó al sujeto información a tres niveles: 1) Objetivos terapéuticos y preventivos que persigue el tratamiento de la diabetes, 2) Posibilidades que tiene el diabético para prevenir o/y retardar otras complicaciones derivadas de su estado de salud, 3) Consecuencias de las conductas de beber y fumar: en sí mismas y en su interacción con la diabetes y 4) Origen de las dificultades que había encontrado en su fallido intento de atajar la ingesta de alcohol (bajo nivel asertivo, presión de grupo, pensamientos erróneos "*si no fumo ni bebo ¿qué voy a hacer?*"- y escasez de recursos conductuales alternativos disponibles "*No se hacer otra cosa*"-). Le explicamos, así mismo, que tanto las dificultades aludidas como el hecho de no haberse planteado siquiera la re-

ducción del consumo de tabaco se debía fundamentalmente a que los efectos de ambas sustancias sobre la salud son, por una parte demorados y, por otra, producen efectos inmediatos agradables al reducir o contribuir a eliminar temporalmente algunos estados biológicos desagradables y/o facilitar consecuencias valoradas socialmente (relajarse, olvidarse de ciertos problemas, estimularse, facilitar e incrementar el contacto social, ...).

Tras recibir esta información C. estimó que también era necesario intentar dejar de fumar.

Con objeto de conseguir en el sujeto un mayor conocimiento de la conducta problema, un incremento en el autocontrol de la misma y favorecer la valoración de los cambios generados por el tratamiento sobre su conducta de beber, iniciamos con C., en esta primera sesión, el análisis de sus autorregistros sobre esta conducta.

A continuación le informamos de los distintos pasos y tareas que conllevaría el tratamiento y la necesidad de que se comprometiera tanto en cumplir estrictamente el mismo como el seguimiento posterior, una vez quedase abstinente. Todo ello lo recogimos, junto con nuestras obligaciones respecto del tratamiento y código ético, en un *contrato terapéutico* firmado por ambas partes.

En la segunda sesión iniciamos el entrenamiento del sujeto en el uso de la técnica de *resolución de problemas* mediante su aplicación a sus auto-observaciones (segundo componente del paquete de tratamiento). Los problemas quedaron formulados del modo que sigue: 1) Alcohol: "*¿Por qué puedo estar sin beber durante 168 horas a la semana y no puedo controlarme las 10 restantes?*", 2) Tabaco: "*Si no beneficia en nada a mi salud ¿por qué fumo?*".

En la priorización de problemas sugerimos a C. posponer nuestro enfrentamiento al tabaco hasta haber logrado eliminar el consumo de cerveza (lo que ocurriría 6 semanas después de iniciada la segunda fase del tratamiento).

Las alternativas generales (objetivos de tratamiento) en los que concluyó C. fueron: 1) Reducir progresivamente el volumen de cerveza ingerido hasta dejar de beber; 2) Aprender a decir "¡no, gracias!"; 3) Cambiar de amigos y actividades y 4) Hacer deporte. De estas alternativas derivaron las siguientes soluciones concretas:

Para dejar de beber alcohol:

Primera semana: Aguantar con 2 jarras (1 litro aproximadamente) toda la tarde (2 h. 30'/3 h.).

Segunda semana: Idem. primera semana con 1 jarra / Iniciar consumo bebidas light alternativas.

Tercera semana: Idem. segunda semana con media jarra (1/4 de litro, aproximadamente) / Complementar con consumo bebidas light alternativas.

Cuarta semana: Idem. tercera semana con 1/2 jarra.

Quinta y sexta semana: No tomar cerveza. Sólo bebidas alternativas.

Decir "no":

Primera, segunda y tercera semana: Decir "*No, gracias. Tengo todavía*".

Cuarta semana: Decir "*No, gracias. No me apetece, pero pídemelo...*".

Quinta semana: Decir "*No, gracias. No quiero. He dejado de beber porque me sienta mal, pero pídemelo ...*".

Sexta semana: Decir "*No, gracias. No quiero*".

Cambiar de amigos:

Primera semana: Abandonar el grupo (dejando allí la cerveza) durante intervalos de 5'-10' (hasta sumar 1/2 h. - 3/4 h.). Durante esos intervalos charlar con otra gente conocida que esté en la tasca o/y salir fuera y sentarse en el escalón.

Segunda semana: Idem. 1ª semana incrementando el tiempo de ausencia entre 3/4 h. y 1 h.

Tercera semana: Idem. 1ª y 2ª incrementando tiempo de ausencia entre 1 h. y 1 1/2 h.

Cuarta semana: Idem. 1ª, 2ª y 3ª. Incrementar tiempo entre 1 1/2 h. y 2 h

Quinta y sexta semanas: Incrementar y mantener tiempo de ausencia

del grupo entre 2 h. y 2 1/2 h. (85%-90% del total del tiempo de permanencia en la tasca).

Hacer deporte: Hablar con el profesor de gimnasia e iniciar el entrenamiento con el equipo de atletismo del instituto.

El tratamiento también incluía en esta primera fase el entrenamiento del sujeto en la autoadministración, mediante verbalizaciones internas, de refuerzos contingentes a cada: 1) Intervalo temporal que permanecía lejos del grupo (hablando con otros o/y sentado en el escalón); 2) Verbalización asertiva de la consigna "no, gracias" y 3) Finalización del autorregistro del día.

Acordamos hacer frente a las "rondas de litrona" simulando estar costipado y, a su vez, justificar así el beber en jarra (lo que nos permitía tener un control mayor del volumen consumido).

Durante esta primera fase llevamos también a cabo el entrenamiento asertivo de C. en la consulta. Utilizamos el ensayo de conducta para entrenar (mediante simulación) aquellas conductas del inventario de asertividad en las que el grado de malestar del sujeto y la probabilidad de ocurrencia eran altos o muy altos (puntuación de 4 sobre 5 o de 5 sobre 5), entre ellas muy especialmente las que implicaban decir "no, gracias". Así mismo procedimos a su entrenamiento en relajación (Jacobson, 1974) dado que, como recuerdan Cautela y Groden (1986), el alcohol funciona como ansiolítico.

La evaluación de los propios comportamientos no asertivos y el ensayo de los alternativos (en ambiente terapéutico, exento de consecuencias negativas) la combinamos con el modelado, las intrucciones, el refuerzo social diferencial (tono de voz, mirar a los ojos mientras se hablaba, postura corporal, ...) y la sensibilización encubierta (Cautela, 1970) emparejando en el nivel de imaginación su conducta de beber con las distintas complicaciones derivadas de la interacción de esta con la diabetes a fin de primero contrarrestar y, a continuación, invertir la tendencia a pensar sólo en los efectos placenteros iniciales que conlleva la ingesta de alcohol.

Esta fase se llevó a cabo en 4 sesiones para la conducta de beber alcohol.

El tratamiento de la **conducta de fumar** se inició una vez cumplidos los criterios de abstinencia para la conducta de beber (2 semanas sin tomar cerveza).

En esta primera fase seguimos practicando con el sujeto la relajación y

la sensibilización encubierta, pero ahora asociando con esta conducta la descripción de problemas concretos que, con elevada probabilidad de ocurrencia, se presentan en el diabético asociados al consumo de tabaco entre otras causas (así la retinopatía o la macroangiopatía). Procedimos igualmente a su entrenamiento en habilidades de relación social (presentarse, preguntar, iniciar y mantener una conversación, hacer cumplidos, dar las gracias, ...).

La duración de esta fase fue de dos sesiones.

b) *Fase de aplicación.*

En esta fase el sujeto puso en práctica en circunstancias reales lo aprendido en la consulta durante la etapa de preparación.

Conducta de beber alcohol:

C. siguió asistiendo dos veces por semana a la consulta. Los lunes analizábamos los autorregistros del viernes y sábado; valorábamos los logros alcanzados -que el terapeuta reforzaba-, comentábamos las dificultades que había encontrado y ensayábamos las conductas implicadas en las mismas. Los viernes se hacía un repaso de aquellos problemas que podían generarse en la realización de las alternativas específicas que tenía que poner en práctica durante ese fin de semana. Con este fin el terapeuta daba las instrucciones pertinentes y, en su caso, simulando esas situaciones en la consulta C. ensayaba las respuestas alternativas.

Su primera sesión como abstinente (penúltima del tratamiento) fué utilizada para introducir las estrategias de prevención y enfrentamiento a una situación de recaída. Seguimos el procedimiento y las directrices recogidas por Echeburúa y Corral (1986).

Tras 12 sesiones (6 semanas) se dió por concluido el tratamiento de esta conducta.

Conducta de fumar:

Junto a la aplicación "*in vivo*" de los repertorios conductuales entrenados en la fase educativa decidimos incluir un nuevo elemento en el paquete terapéutico: una técnica específica para el tratamiento del hábito de fumar.

Con este fin, tal como habíamos acordado en nuestro contrato, presentamos a C. los tres tratamientos que aparecían como los de mayor eficacia en la

literatura clínica: Retener el humo (véase Becoña y Froján, 1988), Fumar rápido (Schmahl, Lichtenstein y Harris, 1972) y la de Reducción Gradual de Ingestión de Nicotina y Alquitrán -RGINA- (Becoña, 1990; Foxx y Brown, 1979). Tras describirle las tareas que conllevaba cada uno de ellos le pedimos que optara por aquel que estimase podría resultar más eficaz en su caso. La elección recayó en la técnica RGINA.

Modificamos el procedimiento usual de RGINA acordando cambiar cada 3 días de marca de cigarrillos en progresión decreciente de sus contenidos en nicotina y alquitrán (Ducados, Boncalo, BN y Ducados Light -segun Tabacalera, S. A., 1986-). Por lo demás se procedió tal como lo hicieron Foxx y Brown (o. c.).

2.3. Seguimiento.

Finalizado el tratamiento de ambas adicciones llevamos a cabo controles de seguimiento de las mismas transcurridos 1, 3 y 6 meses respectivamente.

RESULTADOS

Como puede observarse en la figura número 1 donde se muestra el curso seguido por las conductas de beber y fumar, a lo largo del período de tratamiento, en ambos casos el paquete de tratamiento aplicado logró la abstinencia que se perseguía.

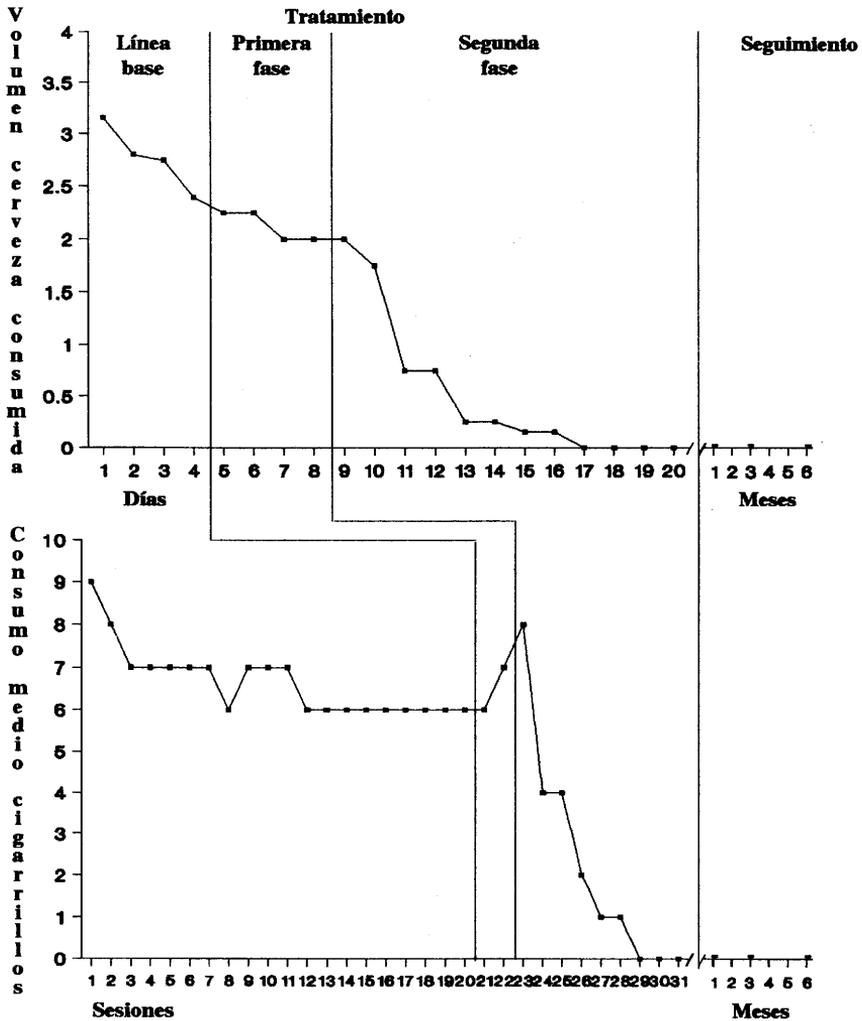
En los controles de seguimiento realizados hasta la fecha a través de los informes verbales de C., de uno de sus amigos íntimos de curso y del profesor tutor, se sigue constatando la conducta abstinentes respecto de ambas drogas.

El tiempo requerido para la extinción de la conducta de beber fué el doble (8 semanas) que para lograr el mismo objetivo en la de fumar (4 semanas).

El único incremento en el consumo durante el tratamiento se dió en la conducta de fumar al pasar de Ducados a Boncalo. En la primera sesión de tratamiento tras el cambio no sólo no se redujo la media de cigarrillos sino que se incrementó en dos cigarrillos más que la de la sesión anterior.

Se puede observar así mismo un descenso en el consumo de ambas sustancias durante el período de línea base. En la cerveza alcanza el 25% y en el tabaco el 33%.

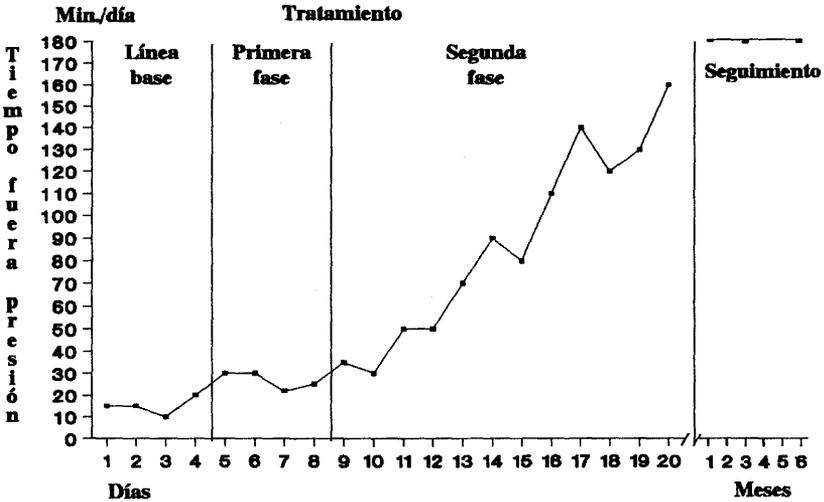
Figura 1.- Curso seguido por las conductas de beber y fumar



En la figura 2 puede observarse la progresión de la conducta de evitación y/o escape de la presión de grupo (medida a través del cronómetro del reloj Casio DW-640 que portaba C.).

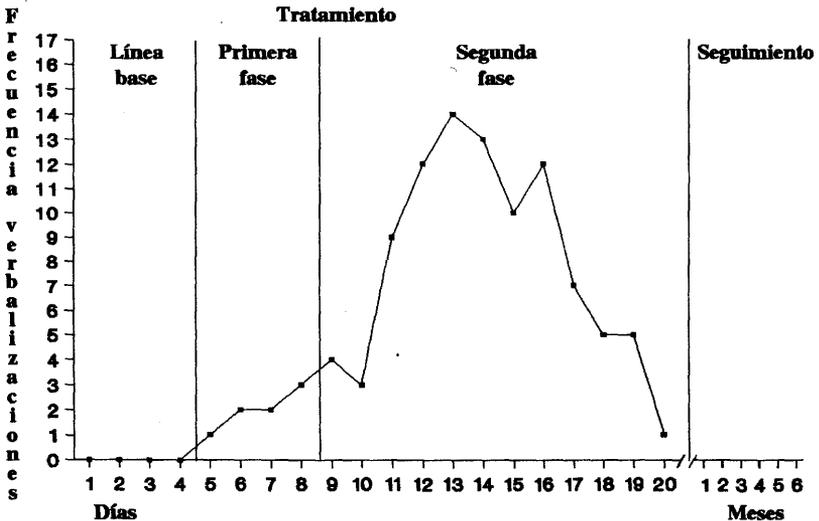
Durante el periodo de seguimiento seguía manteniendo contactos con miembros del grupo, pero ya había cambiado de grupo de pertenencia.

Figura 2.- Progresión de la conducta de escape de la presión de grupo



Por último, en la figura número 3 se puede observar la evolución del número de verbalizaciones asertivas de C. ante las demandas/instigaciones del grupo respecto del consumo de cerveza.

Figura 3.- Evolución del número de verbalizaciones asertivas ante las demandas/instigaciones del grupo respecto del consumo de cerveza.



El valor máximo lo alcanza en la tercera semana de la segunda fase de tratamiento, momento a partir del cual se invierte la tendencia de la presión del grupo.

El grado de resistencia a la urgencia de fumar, vuelto a evaluar una vez finalizado el tratamiento, alcanzó la puntuación de 378. Ello suponía un incremento de 81 puntos en la convicción de C. respecto de sus posibilidades para enfrentarse a la urgencia de fumar y lograr el resultado deseado (no fumar).

DISCUSION

Los resultados obtenidos confirman las hipótesis que habíamos formulado y ponen de manifiesto la bondad de los tratamientos empleados para hacer frente a este tipo de conductas problema.

No obstante, conviene recordar que la eficiencia mostrada por los tratamientos se debe también, en un alto porcentaje, al control de algunas de las variables contaminadoras de los mismos (Fernández- Ballesteros, 1981) tales como las habilidades, el grado de motivación o las expectativas del sujeto junto con otras como el tiempo de práctica de la conducta adictiva, el patrón de conducta del consumidor o la ingestión concurrente de otras sustancias (así café, tabaco y alcohol en el caso de la adicción a uno de ellos).

En nuestro caso atribuimos en buena medida los resultados obtenidos al empleo de estrategias que conllevan un incremento del grado de conocimiento y control que el sujeto tenía sobre sus propias conductas (autorregistro, resolución de problemas, análisis de las situaciones problemáticas, entrenamiento en modalidades concretas de coping, participación en la elección del tratamiento, etc.).

En este sentido hemos podido observar, como lo han hecho otros autores (Avia, 1981; Kanfer y Koroly, 1972; Maciá, 1985 o Becoña, 1990), el efecto del autorregistro sobre la frecuencia de ocurrencia de las conductas problema. Pero también que la autorregulación por sí misma se presenta con unos límites a partir de los cuales sólo el tratamiento clínico se muestra capaz de mantener y/o precipitar la tendencia de supresión.

"Desenganchar" al adicto no es en si una tarea en exceso compleja, si lo es neutralizar o extinguir las fuentes de instigación y refuerzo ambiental. En nuestro caso parecen haber resultado decisivos en este sentido el incremento

progresivo del aislamiento de la presión de grupo, el papel que ahí han jugado el entrenamiento en habilidades sociales para favorecer el incremento de las interacciones sociales con otros chicos/as y el aprendizaje y práctica de conductas asertivas. Todo ello nos permite interpretar en la figura número 3 como la pugna entre la presión de grupo y la resistencia del sujeto va creciendo hasta alcanzar un máximo a partir del cual se produce la eliminación progresiva de esa presión/instigación ambiental.

REFERENCIAS

Assal, J. P. (Ed.) (1983): **Diabetes education: how to improve patient education**. Amsterdam: Experta Medica.

Avia, M. D. (1981): La auto-observación. En R. Fernández-Ballesteros y J. A. I. Carrobes (Eds.): **Evaluación conductual**. Madrid: Pirámide.

Bajaj, J. S. (1984): **Diabetes health care management**. En J. S. Bajaj (Ed.): **Diabetes mellitus in developing countries**. Nueva Delhi: Interprint.

Becoña, E. (1990): Abuso del tabaco. En F. X. Méndez y D. Maciá (Eds.): **Modificación de conducta con niños y adolescentes. Libro de casos** (págs. 279-299). Madrid: Pirámide.

Becoña, E. y Frojan, M. J. (1988): La técnica de retener el humo en el tratamiento de fumadores. **Revista Española de Drogodependencias**, 13, 131-136.

Cautela, J. R. (1977): Cuestionario autobiográfico. En R. Fernandez-Ballesteros (Dir.): **Psicodiagnóstico: Cuaderno de prácticas**. Madrid: UNED.

Cautela, J. R. (1970): The treatment of alcoholism by covert sensitization. **Psychotherapy: Theory, Research and Practice**, 7, 86-90.

Cautela, J. R. y Groden, J. (1986): **Técnicas de relajación**. Barcelona: Martínez Roca.

Centro de Investigaciones Sociológicas (1986): Actitudes y comportamiento de los españoles ante el tabaco, el alcohol y las drogas. **Revista Española de Investigaciones Sociológicas**, 34, 243-410.

Conditte, M. M. y Lichtenstein, E. (1981): Self-efficacy and relapse in smoking cessation programs. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 49, 648-658.

De Fronzo, R. A. et al. (1983): New concepts in the pathogenesis and treatment of non-insulin-dependent diabetes mellitus. *American Journal of Medicine*, **74**, 52-81.

DRSG (Diabetic Retinopathy Study Group) (1981): Clinical application of Diabetic Retinopathy Study findings. *Ophthalmology*, **88**, 583-589.

Echeburúa, E. y Corral, P. (1986): Prevención de la recaída en las conductas adictivas: estrategias de intervención. *Drogalcohol*, **11**, 16- 24.

E.D.I.S. (1985): **El consumo de drogas en España**. Madrid: Dirección General de Acción Social.

Fernández-Ballesteros, R. (1981): Perspectivas históricas de la evaluación conductual. En R. Fernández-Ballesteros y J. A. I. Carrobes (Eds.): **Evaluación conductual: metodología y aplicaciones**. Madrid: Pirámide.

Fox, R. M. y Brown, R. A. (1979): Nicotine fandig and self- monitoring for cigarette abstinence or controlled smoking. *Journal of Applied Behavior Analysis*, **12**, 115-125.

Gambrill, A. y Richey, P. (1975): Inventario de asertividad. En R. Fernández-Ballesteros (Dir.): **Psicodiagnóstico: Cuaderno de prácticas**. Madrid: UNED.

Jacobson, E. (1974): **Progressive Relaxation**. Chicago: The University Chicago Press, Midway Reprint.

Jönsson, B. (1983): Diabetes: the cost of illness and de cost of control. *Acta Medica Scandinavica, Suppl.* **671**, 19-27.

Kadowaki, T. et al. (1984): Risk factors for worsening to diabetes in subjects with impaired glucose tolerance. *Diabetología*, **26**, 44-49.

Kals, S. V. (1974): The health believ model and behaviour related to chronic illness. *Journal of Health Education, Monografía num. 2*, 433- 454.

Kanfer, F. H. Y Karoly, P. (1972): Self-control: A behavioristic excursión into the lion's den. *Behavior Therapy*, **3**, 398-416.

Köbberling, J. y Tattersall, R. (Eds.) (1982): **The genetics of diabetes mellitus**. Londres: Academic Press.

Maciá, D. (1985): Tratamiento conductual-cognitivo de un caso de potomanía. *Análisis y Modificación de Conducta*, **29**, 471-481.

Maciá, D.; Méndez, F. X. y Olivares, J. (en prensa): Aspectos comportamentales en la prevención de la drogodependencia. En M. A. Simón (Ed.): **Comportamiento y Salud**. Valencia: Promolibro.

Mann, J. I. (1984): Lines to legumes: changing concepts of diabetic diets. *Diabetic medicine*, 1, 181-198.

Méndez, F. X. y Maciá, D. (1990) (Eds.): *Modificación de conducta con niños y adolescentes. Libro de casos*. Madrid: Pirámide.

O.M.S. (1985): *Diabetes Mellitus. Informe Técnico 727*. Ginebra.

Pike, D. A. (1979): Diabetes : the genetic connections. *Diabetología*, 17, 333-343.

Rives, E. (1990): *Psicología y Salud: Un análisis conceptual*. Barcelona: Martínez Roca.

Schmahl, D. P.; Lichtenstein, E. y Harris, D. E. (1972): Successful treatment of habitual smokers with warm, smoky air and rapid smoking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 38, 105-111.

Schweitzer, L. (1989): *Alcoholismo*. En Varios (págs. 1136-1141).

Sussman, K. E. y Draznin, L. (1989): *Diabetes mellitus en adultos*. En Varios (págs. 555-567).

Tchobroutsky, G. (1978): Relación diabetic control to development of microvascular complications. *Diabetología*, 15, 143-147.

Varios (1989): *Terapéutica de Conn*. Buenos Aires: Panamericana. (Original publicado en 1988).

White, N. H. y Santiago, J. V. (1989): *Diabetes mellitus en niños y adolescentes*. En Varios (1989; págs. 567-576).

Zimmet, P. (1982): Type 2 (non-insulin-dependent) diabetes: an epidemiological overview. *Diabetología*, 22, 399-411.

LIBROS REVISADOS

Marino Pérez Alvarez. Médicos, pacientes y placebos: El factor psicológico en la curación. Oviedo: Pentalfa. 1990. 110 pp.

Como el autor señala, la obra tiene cinco partes: En la primera se trata de la convergencia que se está produciendo hoy en la Psicología y en la Medicina hacia modelos de campo referidos a la relación entre conducta y enfermedad, y del acomodo que en ese marco de convergencia obtiene la Medicina Conductual. En la segunda parte se presenta un modelo psicobiológico que explica la interconexión entre el campo de la conducta y el biológico, y que permite considerar el binomio salud-enfermedad en la misma dimensión. El modelo se ilustra en relación con la hipertensión esencial, a modo de ejemplo, subrayando la función reguladora del cerebro, y extrayendo sugerencias relativas a la "autoregulación sanadora", introduciendo con ello la idea del "efecto placebo".

En las partes siguientes, el autor presenta datos referidos a la ocurrencia de autorregulación sanadora (efecto placebo) que implican otros sistemas biológicos, y que son formulados en términos conductuales. Así, la tercera parte se ocupa del sistema neuroendocrino, analizando los procesos conductuales que influyen en las endorfinas y sus funciones psicológicas, especialmente en el caso del dolor y del "placebo". La cuarta parte, titulada "Psiconeuroendocrinoinmunología", estudia las relaciones del sistema inmunitario y sus relaciones con el endocrino y neuronal, analiza desde el marco de tales relaciones las implicaciones psicológicas en las infecciones y en el cáncer; y dedica su último apartado a la relación entre procesos conductuales, inmunidad y salud, considerando los supuestos sobre los que establecer los efectos sanadores autogenerados.

La quinta, y última parte, redefine la noción de paciente y de "efecto placebo" en términos conductistas, y en función de toda la exposición precedente, concluyendo que el "efecto placebo" no es otra cosa que "procesos psicológicos de los tipos conocidos, aunque quizá ocurriendo inadvertidamente", figuras psicológicas reconocibles en términos de análisis de conducta.

Sofía López.

George Stone, Stephen Wiss, Neal Miller, y otros (Eds.). **Health Psychology: a discipline and a profession** (Psicología de la Salud: una disciplina y una profesión). London: University of Chicago Press. 1987. 547 pp.

La idea de este libro, como señala el propio Stone, nació al comienzo de la década de los 80 en una reunión que tuvo lugar en EE.UU. de 50 psicólogos de la salud que trabajaron para desarrollar currícula para la formación de estudiantes en el campo de la Psicología de la Salud. El título de la reunión fué "Conferencia Nacional sobre la formación y educación en Psicología de la Salud". Los psicólogos reunidos, decidieron en aquél momento llevar a cabo juntos el trabajo de establecer una estructura básica comprensiva para la disciplina y para la profesión de la Psicología de la Salud. Este libro de Psicología de la Salud es el producto final de ese trabajo.

El libro se divide en 7 secciones. La primera sección está referida a la aparición de este campo nuevo de la Psicología Aplicada y contiene temas como el alcance de la Psicología de la Salud, y los desarrollos históricos del nuevo campo, tanto en sí mismo como referidas a otras profesiones sanitarias. La segunda sección se refiere al conocimiento básico de la disciplina, concentrándose en la investigación de laboratorio y en la formación para la investigación aplicada. La sección tercera es quizás la más interesante de todas. Examina a la Psicología de la Salud en relación con los Servicios de cuidado de salud, y en relación con las intervenciones comunitarias, en el marco de la salud pública y en el marco de la política sanitaria. La sección 4 trata de los aspectos quizás más centrales y menos evolutivos de las cuestiones profesionales, tales como las credenciales para los psicólogos de la salud, credenciales en el sentido de requisitos académicos, los temas o los problemas de tipo ético, las relaciones que pueden existir entre la Psicología de la Salud y el Derecho y las opciones de empleo para los psicólogos de la salud. La sección 5 recoge de nuevo algunos temas de los que ya se trataron en la sección 3; cuestiones, por ejemplo, de la salud de la mujer; cuestiones referidas a la salud unida al tema de la etnicidad; a la salud infantil y a la salud de personas ancianas. Las partes 5 y 6 tratan de nuevo los problemas de tipo institucional y status referidos a muchos de los psicólogos en EE.UU., la formación en Psicología de la Salud tanto predoctoral como postdoctoral, el aprendizaje o residencia; la formación en política sanitaria y los currícula para la formación graduada de los psicólogos de la salud en universidades o en departamentos médicos, etc. Sobre todo el libro será útil para los académicos norteamericanos que se muevan en este campo, que encontrarán en él información e ideas. El libro, que puede considerarse una fuente de ayuda para psicólogos, desgraciadamente está excesivamente sesgado hacia Norteamérica, de forma que no es de mucho uso fuera de EE.UU. y Canadá, con excepción de los pocos capítulos que se refieren a temas aplicados. Es una lástima y una oportunidad perdida, que los editores hayan sido tan introspecti-

vos, ignorando los desarrollos que se están produciendo en el ámbito de la Psicología de la Salud en Europa y en otras partes.

Jesús Rodríguez.

Francisco Javier Méndez y Diego Maciá Antón (Eds.). Modificación de conducta con niños y adolescentes. Libro de casos. Madrid: Ediciones Pirámide. 1990. 487 pp.

Como los propios coordinadores señalan, la obra puede considerarse como una segunda parte del libro "Aplicaciones clínicas de la evaluación y modificación de conducta: estudio de casos", aparecido en la misma editorial hace dos años, y es muy similar en sus objetivos, estructura y contenidos, si bien este segundo volumen se centra en problemas relacionados con trastornos de conducta en la infancia y en la adolescencia. Tal como los mismos directores también señalan, el libro está elaborado pensando especialmente en alumnos en prácticas, y en profesionales que se inician en la actividad psicológica en la clínica infantil. Los trabajos que componen el libro conjugan el rigor metodológico con una exposición lo más clara y pedagógica posible.

El libro consta de 21 capítulos. El primer capítulo, escrito por los propios coordinadores de la obra, introduce alguno de los aspectos característicos de la intervención clínica en niños y adolescentes: considera aspectos de la modificación de conducta en niños y adolescentes, su desarrollo histórico, sus características específicas y sus perspectivas futuras. No trata de realizar una revisión exhaustiva del campo, sino solo de ofrecer una panorámica general que sirva de introducción a los restantes capítulos del libro.

En estos 20 capítulos se presentan correspondientemente 20 casos que pretenden ser una muestra representativa de los problemas más característicos con que se encuentra el psicólogo aplicado cuando trabaja en la clínica infantil. Los capítulos 2, 3 y 4 abordan trastornos de ansiedad, un caso de fobia a la oscuridad en primer término, y un caso de fobia escolar. En el capítulo referido a la fobia a la oscuridad se presenta el tratamiento mediante escenificaciones emotivas, un procedimiento que combina modalidades de desensibilización en vivo, modelado participante y reforzamiento positivo de las respuestas de aproximación. El capítulo sobre un caso de fobia escolar ofrece un tratamiento mediante un contrato terapéutico y entrenamiento en relajación para aumentar la colaboración de los padres y del sujeto en la terapia. Además del contrato terapéutico, se llevó a cabo una fase intensiva de tratamiento utilizando la inundación en vivo, la modificación del ambiente escolar y el reforzamiento a los

coterapeutas. Finalmente, la fase de consolidación se llevó a cabo un entrenamiento asertivo, así como también un reforzamiento de los coterapeutas.

El capítulo 4 presenta un caso de depresión en la adolescencia. Se trata de un cuadro depresivo en una joven adolescente de 16 años de edad, con un conjunto de síntomas que son comunes en la literatura actual sobre la depresión de la adolescencia. En este caso, los autores utilizaron técnicas como la terapia cognitiva de Beck, el entrenamiento en habilidades sociales y la relajación progresiva.

A continuación, en los capítulos 5 al 11, sigue un bloque de problemas que tienen como factor común la alteración de funciones fisiológicas como la alimentación, el sueño, el control de esfínteres, etc. Todos ellos tienen una incidencia muy elevada, y exigen con frecuencia una atención psicológica. Así nos encontramos con un caso de tratamiento de insomnio en la infancia, un caso de trastornos alimenticios, otro de modificación de conducta para cambio de hábitos alimentarios y patrones de actividad física en obesidad infantil; la intervención terapéutica en un caso de anorexia nerviosa, el tratamiento de un niño con retraso mental profundo, un caso de enuresis primaria, y un caso de encopresis secundaria. Los capítulos siguientes, del 12 al 16, presentan una serie de problemas de conducta más diversos, pero también muy característicos de los trastornos de conducta en la infancia y de la práctica en la terapia de conducta (tabaquismo, asma bronquial, conductas disruptivas múltiples, hiperactividad y tics).

Finalmente, los últimos capítulos recogen la intervención psicológica en problemas del lenguaje, tanto hablado como escrito, y problemas escolares. Se trata de capítulos referidos al tratamiento de la tartamudez en la infancia, al tratamiento de un caso de mutismo selectivo en el ambiente natural, al tratamiento de la dislexia, y a la reeducación de la comprensión lectora como tratamiento del fracaso escolar, así como a un caso de problemas escolares.

El esquema es común en todos los capítulos y coincide con el habitualmente utilizado también en artículos de revistas científicas de Psicología; es decir, hay una introducción o descripción general del problema, un apartado para el método donde se describen las características del sujeto y se explica el proceso de evaluación e intervención modificadora, un apartado destinado a resultados o resumen de los mismos, y una discusión con las conclusiones y comentarios finales. A comienzo de cada capítulo, los directores de la obra, han realizado una presentación, con objeto de bosquejar el marco general y subrayar lo más destacable del capítulo de forma que el lector pueda introducirse en su lectura con una guía previa. El conjunto de autores que ha colaborado en la realización del libro, representa un espectro muy amplio de la

Psicología que practica la Terapia de Conducta en el ámbito español, y constituye un buen punto de referencia para cualquier lector que pretenda una aproximación y una introducción estructurada al campo de la práctica de la terapia de conducta en niños y adolescentes.

Carmen Jarabo.

Juan Escámez (Ed.). **Drogas y Escuela: una propuesta para la prevención.** Madrid: Editorial Dyckinson. 1990. 262 pp.

El libro es el conjunto de una serie de capítulos escritos por diferentes autores dividido en dos partes. La primera parte titulada "La realidad de las drogas en la escuela", y la segunda parte titulada "Prevención escolar de la drogadicción".

En la primera parte, 8 capítulos contemplan los temas de la escuela como una vía para la prevención del consumo de drogas, el consumo de drogas en la población escolar, la postura del profesorado de la Enseñanza General Básica ante el problema de la drogadicción infantil y juvenil, las actitudes de este mismo profesorado ante la prevención de la drogadicción, los elementos facilitadores según el profesorado para la prevención escolar de las drogas, las actitudes de los alumnos de la Enseñanza General Básica ante las drogas, las actitudes de los alumnos de bachillerato y formación profesional ante las drogas, y finalmente, las actitudes de los alumnos de universidad ante las drogas.

Esa primera parte, por tanto, constituye un conjunto de estudios empíricos, que pretenden realizar la descripción, en primer lugar, de la situación del consumo de drogas en la población escolar, y en segundo lugar, de las actitudes del profesorado y los propios alumnos de los diferentes niveles ante el tema del consumo mismo de las drogas. La estructura de todos estos capítulos es muy semejante, a excepción del primero, y refieren simplemente los datos obtenidos mediante la aplicación a las diferentes poblaciones estudiadas de un cuestionario de actitudes construido al efecto. Aunque casi todos los capítulos mencionados presentan un punto final de conclusiones y recomendaciones o propuestas, sin embargo se hecha de menos la existencia de una conclusión general a todos los estudios referentes al consumo y actitudes, de forma que se pueda tener una visión general de la situación estudiada.

La segunda parte titulada "Prevención escolar de la drogadicción", se centra en la posible función de la escuela como marco o instrumento de la pre-

vención de la droga. Esta segunda parte la componen cuatro capítulos, uno que pretende ser una introducción general incluyendo la prevención de la drogadicción en el marco de la educación para la salud, y los otros tres capítulos referidos específicamente a la posibilidad o al análisis de la posibilidad de la prevención de las drogas en los centros escolares, y a las directrices para la elaboración de programas preventivos en drogodependencias, así como un último capítulo referido a la prevención escolar del uso de las drogas en España.

El hilo conductual de estos últimos capítulos intenta establecer como desde la educación para la salud se puede plantear la prevención de la drogadicción en las escuelas. De esta manera, la intervención preventiva de los centros escolares, se enmarcaría dentro del ámbito más general de la educación para la salud durante la época escolar. A ese respecto se entiende que la escuela debe implicarse decididamente no solo en la transmisión de conocimientos, sino en la formación de la personalidad de actitudes positivas en la promoción de la salud y en el desarrollo de los valores de una sociedad avanzada.

El análisis de la posibilidad de prevenir la drogadicción desde la organización educativa es el objeto del segundo capítulo de esta segunda parte, y en él se discute los condicionamientos organizativos que el sistema educativo plantea al problema de la prevención de las drogodependencias.

El capítulo siguiente intenta establecer unas directrices para la elaboración de programas preventivos en drogodependencias. Examina los tipos de programas de prevención, cuál puede ser la estructura de tales programas, cuáles sus supuestos básicos, cómo se diagnostica una situación problemática, cómo se explicitan metas u objetivos, las líneas diferenciales de actuación para alcanzar cada una de las metas previstas, y finalmente, unos criterios de evaluación del programa.

Finalmente, el libro se cierra con un capítulo referida a la prevención del uso de drogas en España. Se trata de un estudio sobre la evolución de la prevención en el medio escolar, que repasa la historia o la existencia de programas preventivos en tal medio, desde los inicios en los años 80 hasta la actualidad, y termina o cierra el capítulo con un análisis de la prevención escolar de la drogadicción en la Comunidad Valenciana.

José Castejón.

Emilio Ribes. Psicología y Salud: Un análisis conductual. Barcelona: Martínez Roca, 1990. 95 pp.

Como el mismo autor señala, el único objetivo del libro es delimitar conceptualmente los problemas de la salud y la enfermedad. El primer capítulo lo dedica al ámbito psicológico de la salud y establece cual es éste: la prevención, curación, rehabilitación o inicio de una enfermedad implican la participación del individuo actuando. Esto justifica la necesidad conceptual y práctica de un modelo psicológico de salud. A ello dedica los capítulos siguientes: el segundo a describir de forma general los aspectos constitutivos de dicho modelo, y los siguientes a examinar con mayor detenimiento sus funciones como dimensiones individuales de la conducta vinculada al bienestar y la enfermedad. El modelo incluye dos tipos de categorías descriptivas: uno está referido a los procesos psicológicos que vinculan condiciones del organismo con acciones del individuo en un contexto sociocultural, cuyos factores son la historia interactiva del individuo, las competencias funcionales al interactuar con una situación determinada, y la modulación de los estados biológicos del organismo por parte de las contingencias ambientales que definen la situación. El otro está referido a las consecuencias de dichos procesos en términos de las características funcionales del comportamiento, la vulnerabilidad del organismo y sus efectos en la producción-prevención de la enfermedad, y conductas asociadas a la alteración biológica.

Así, Ribes señala que el proceso psicológico de salud tiene un doble resultante: a) el grado de vulnerabilidad biológica del organismo a la enfermedad, y b) la disponibilidad y emisión de conductas instrumentales preventivas o de riesgo para la aparición de enfermedades biológicas.

A continuación, analiza las relaciones funcionales, entre los diversos factores mencionados en el modelo de salud descrito, y sobre esa base contempla cuatro combinaciones resultantes, que se derivan de los procesos que inciden en la configuración de condiciones patológicas en un individuo: a) Conductas instrumentales de alto riesgo y alta vulnerabilidad biológica que desarrollarán inevitablemente una condición patológica; b) conductas instrumentales de alto riesgo y baja vulnerabilidad biológica, que producirán con probabilidades variables la aparición de condiciones patológicas, sobre la base de la naturaleza de éstas; c) conductas instrumentales de bajo riesgo y alta vulnerabilidad biológica, que tendrán efectos similares a los de (b); d) conductas instrumentales de bajo riesgo y baja vulnerabilidad biológica, que es muy poco probable que produzcan condiciones patológicas.

De acuerdo con el modelo psicológico de salud que Ribes propone, la salud biológica (concebida como ausencia de enfermedad o un estado de baja

propensión a contraerla) es consecuencia de la forma en que el comportamiento del individuo media los efectos de las condiciones ambientales sobre el organismo. Por ello, la prevención de la enfermedad biológica se basa en la disponibilidad de formas de comportamiento eficaces para tales propósitos. Así Ribes, sostiene que toda acción preventiva de la enfermedad requiere de criterios y programas fundamentados en el comportamiento de los individuos. Aunque la prevención puede abordarse desde ópticas diferentes: la socioambiental, la biomédica y la psicológica o conductual, en opinión de Ribes ésta última es la dimensión prioritaria desde el punto de vista de la salud individual.

Dentro de esa dimensión analiza los tres niveles de atención a la salud: primario, secundario y terciario, estableciendo una lista de acciones en cada uno de ellos, y concluyendo que, aunque se deriven y desprendan del conocimiento biomédico y de criterios asistenciales preventivos, en tanto acciones constituyen medidas de carácter conductual. Y retomando el modelo, señala que las acciones preventivas primarias se pueden colocar entre los factores correspondientes a la etapa de proceso de salud, y en parte en la etapa de resultados (conductas instrumentales preventivas). En la prevención secundaria figuran las conductas instrumentales de riesgo y parcialmente las conductas asociadas a enfermedad, que se ubican en la etapa de resultados. La prevención terciaria incluye las conductas asociadas a enfermedad y las conductas instrumentales preventivas de dichas conductas relacionadas con patología biológica.

El último capítulo se dedica al problema de la "salud mental". Como señala Ribes, no existe lugar para la "salud mental" en el modelo que nos propone, en la medida en que el propio concepto no es operativo. Sin embargo, nos dice, muchos de los problemas que supuestamente configuran el campo de la "salud mental" están tratados en la etapa de resultados del modelo y, en especial, en los componentes vinculados a las conductas asociadas a la enfermedad.

Jesús Rodríguez.

NORMAS PARA LA ACEPTACION DE TRABAJOS

1. La Revista de Psicología de la Salud publica trabajos de carácter empírico que estén realizados con rigor metodológico y que supongan una contribución al progreso de cualquier ámbito de la psicología de la salud. También se aceptan trabajos de naturaleza teórica o de revisión que tengan que ver con los objetivos generales de la Revista.
2. Los trabajos habrán de ser inéditos, no admitiéndose aquéllos que ya hayan sido publicados total o parcialmente, ni los que están en proceso de publicación o hayan sido presentados a otras revistas para su valoración.
3. Los trabajos deberán estar mecanografiados en folios o DIN-A4 a doble espacio, por una sola cara, con márgenes de 3 cms. y numeración en la parte inferior derecha. En hoja aparte se incluirá un resumen en castellano y en inglés, entre 100 y 150 palabras, así como un apartado de palabras clave (no más de seis) en ambos idiomas. Las figuras y tablas (una en cada hoja) deberán ser compuestas por los autores del modo como deseen que aparezcan y estar numeradas correlativamente, indicándose su ubicación en el texto.
4. Los autores deberán remitir a la revista, junto a la copia impresa del trabajo, un disquete de formato MS-DOS con él o los archivos originales. La revista aceptará tanto disquetes de 3,5" como de 5,1/4" en doble o alta densidad. En cualquier caso se indicará el procesador de texto utilizado, siendo preferible la utilización de "WordPerfect" 5.0 o superior. También se admitirá el formato ASCII. El texto deberá componerse sin sangrados, justificación ni palabras partidas.
5. Todos los manuscritos serán revisados anonimamente. Los autores se esforzarán en que el texto no contenga claves o sugerencias que los identifiquen. De no existir otra indicación, la correspondencia se mantendrá con el primer autor. Es recomendable la disposición de un teléfono de contacto.
6. Los artículos constarán de los epígrafes característicos de la investigación científica: a) Título, autores e institución a la que pertenece; b) Resúmenes en castellano e inglés; c) Texto organizado en (1) Introducción, (2) Método, (3) Resultados, (4) Discusión, y (5) Referencias bibliográficas.
7. Se utilizará un máximo de 6 palabras clave, que sean términos del Index Medicus o del Thesaurus del Psychological Abstracts.
8. La preparación de los manuscritos ha de atenerse a las normas de publicación de la American Psychological Association.
9. Si se acepta un trabajo para su publicación, los derechos de impresión y de reproducción por cualquier forma y medio son de la Revista. Revista de Psicología de la Salud no rechazará cualquier petición razonable por parte del autor para obtener permiso de reproducción de sus contribuciones. Asimismo, se entiende que las opiniones expresadas en los artículos son de responsabilidad exclusiva de los autores y no comprometen la opinión y política científica de la Revista.
10. Los trabajos serán enviados por correo y por triplicado a la siguiente dirección:
**Revista de Psicología de la Salud.
Dpto. de Psicología de la Salud.
Facultad de Medicina.
Universidad de Alicante.
Campus de San Juan.
Apdo. correos 374. 03080 Alicante.**
11. Se dará acuse de recibo del trabajo al primer autor, siendo devueltos, en un plazo aproximado de 3 meses, aquellos trabajos no aceptados. Eventualmente, la aceptación definitiva podría hacerse depender de mejoras o modificaciones del trabajo que los consultores o el consejo editorial proponga al autor.

REVISTA DE PSICOLOGIA DE LA SALUD

Edita: Departamento de Psicología de la Salud
Universidad de Alicante.

Imprime: Enrique Giner Sanz

Dep. Legal: A-1052-1988

Este número ha sido subvencionado por:

Caja de Ahorros del Mediterraneo
U.N.E.D. Centro regional de Elche



CAM

**Caja de Ahorros
del Mediterráneo**



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE
EDUCACIÓN A DISTANCIA**

Centro Regional de Elche



UNIVERSIDAD DE ALICANTE