

Cirugía, estrés y estrategias de afrontamiento: un análisis exploratorio*

Jordi Miró
Institut de Psicologia Aplicada, Reus
Rosa M. Raich
Universitat Autònoma de Barcelona

En este trabajo se estudia a un grupo de 34 mujeres que debían someterse a una colecistotomía, con un doble objetivo: por una parte conocer el tipo de estrategias de afrontamiento más utilizadas por estas pacientes y, por otra, analizar si las estrategias utilizadas varían a lo largo del proceso, a medida que las pacientes pueden ejercer un mayor control sobre la amenaza (i.e., el proceso quirúrgico). Si bien los resultados muestran la presencia de una cierta diversidad en relación a las estrategias utilizadas, son las de tipo evitador las más empleadas. Por otra parte, la estabilidad, en el tipo de estrategias que utilizan las pacientes, es el denominador común a lo largo del proceso.

Palabras clave: intervenciones quirúrgicas, estrategias de afrontamiento, proceso quirúrgico.

This study analyzes the types of coping strategies used by a group of 34 female patients undergoing a cholecystectomy. The aim is twofold: on one hand, to analyse which coping strategies are used most and, on the other hand, to analyse whether these strategies vary during the process, in relation to the patients' faculty of exerting control over the threat (i.e., the surgical process). The results show that strategies of the avoidant type are the most used, although there is some diversity. On the other hand, stability in the type of coping strategies used by these patients is the common denominator throughout the process.

Key words: Surgical Interventions, Coping Strategies, Surgical Process.

* Este trabajo ha sido posible gracias a una beca concedida a su primer autor por el Departament d'Ensenyament de la Generalitat de Catalunya. Parte de esta investigación fue realizada cuando el primer autor estaba asociado al Departamento de Psicología de la Salud de la UAB.

Correspondencia: Institut de Psicologia Aplicada. Passeig de Prim, 20, 4-2. 43202 Reus.

Desde los trabajos pioneros de Janis (1958), Marmor (1958) y Egbert y colaboradores (Egbert, 1967; Egbert, Battit, Turndorf y Beecher, 1963, Egbert, Battit, Welch y Bartlett, 1964) en los que se demuestra que la preparación psicológica de los pacientes quirúrgicos permitía disminuir o eliminar la ansiedad que genera la proximidad de una intervención quirúrgica y el dolor consecuencia de ésta, el número de estudios dirigidos a analizar estos hechos ha crecido en progresión geométrica.

En conjunto, estas investigaciones han mostrado que el entrenamiento en diferentes tipos de estrategias de afrontamiento, a los pacientes que deben someterse a una intervención médica estresante (p. ej. cirugía, endoscopias gastrointestinales, introducción de catéteres), resulta muy efectivo para disminuir los niveles de ansiedad pre y postoperatoria y los niveles de dolor, para reducir la aparición de complicaciones asociadas a tales procedimientos y para reducir el tiempo de estancia en el hospital (Evans y Stanley, 1990; Groot, Boeke, Van den Berge, Dui ven Voorden, Bonke y Passchier, 1997; Horne, Vatmandis y Careri, 1994; Johnston y Vogeles, 1993; Martelli, Auerbach, Alexander y Mercuri, 1987; O'Halloran y Altmaier, 1995; Suls y Wan, 1989; Wells, Howard, Nowlin y Vargas, 1986; véase Miró, 1997a, para una reciente revisión).

Mientras por una parte existe una amplia tradición investigadora en el área de las estrategias que son suministradas a los pacientes, por otra, conocemos muy pocas cosas acerca de cómo los pacientes afrontan por sí mismos tales amenazas. Situación que no deja de ser sorprendente si, como parece, los esfuerzos de afrontamiento que realizan los pacientes que no han recibido ningún tipo de entrenamiento pueden ser, a veces, tan efectivos como el entrenamiento específico para disminuir el *distrés* y el dolor asociado a la intervención quirúrgica (Alberts, Lyons y Moretti, 1989; Johnston, 1988; Miró, 1997a, Miró y Raich, 1997b). El estudio de las estrategias utilizadas de forma espontánea es un marco excelente para analizar tanto el tipo de estrategias como su utilidad, y ello en un contexto de no manipulación, lo que le hace un procedimiento muy valioso por su valor «ecológico» (Brunswick, 1947). Así, el primer objetivo de este trabajo estriba, precisamente, en analizar el tipo de estrategias utilizadas de forma natural y espontánea por parte de un grupo de pacientes, a lo largo de todo el proceso quirúrgico.

La posibilidad de ejercer control, real o imaginario (Rothbaum, Weisz y Snyder, 1982; Thompson, 1981), sobre la amenaza, es uno de los muchos factores que se postula pueden afectar el afrontamiento.¹ En esta literatura se considera que los individuos varían sus procedimientos de afrontamiento en función de la posibilidad que tienen de poder controlar o no aquello que representa la amenaza.

Otros factores que la literatura especializada también considera que afectan al proceso de afrontamiento son las características internas del individuo (Miró, 1993). Aquellos que mantienen esta postura suelen apuntar que un individuo tenderá a comportarse de forma similar aun en distintas situaciones. Habitualmente se recurre al concepto de estilo de afrontamiento para explicar la su-

1. En este trabajo, cuando ayudamos al concepto «control» hacemos referencia a «la capacidad de influir en los acontecimientos, sea esta una creencia real o imaginaria». El lector interesado puede encontrar en Rothbaum et al., 1982; Thompson, 1981; Miller, 1987, un análisis exhaustivo del tema.

puesta estabilidad de las estrategias de afrontamiento que se utilizan. Por estilo de afrontamiento se entiende la forma habitual con la que un individuo se enfrenta a las situaciones que para él revisten una cierta amenaza. Así, el particular estilo de afrontamiento de cada paciente determina, en cierta medida, la estrategia utilizada. Averill y colaboradores (Averill y Rosenn, 1972; Averill, O'Brien y DeWitt, 1977), por ejemplo, aportaron cierta evidencia que apoyaría esta línea argumental. Averill y colaboradores diseñaron un experimento en el que los sujetos podían evitar una descarga eléctrica si decidían escuchar una señal de aviso tras la que debían realizar una respuesta de control (*i.e.*, apretar un botón). Estos autores manipularon el grado de efectividad de la respuesta de evitación a lo largo de los diferentes ensayos (4) de que constaba la prueba. Esto es: 100%, 66%, 33% o 0%, de manera que los sujetos eran expuestos a cada uno de estos grados o niveles de efectividad. Todos los participantes eran informados, antes de iniciar el ensayo, de las probabilidades de la efectividad de la respuesta de las señales que recibirían. La alternativa a atender el aviso de la inminencia de la descarga era la de escuchar música.

Considerando tales condiciones experimentales, una forma «adecuada» de afrontar esta situación sería la de escuchar el estímulo distractor, esto es, la música, en la situación de incontrolabilidad absoluta, para ir cambiando a la de la del control de la señal, a un nivel intermedio de la efectividad de la respuesta, hasta llegar a controlar totalmente la señal de aviso en el caso del 100% de efectividad de la respuesta de control. Aunque estas serían las respuestas adecuadas a cada situación experimental, los autores observaron unos comportamientos muy diferentes de las conductas supuestamente ideales. Estos autores encontraron 6 grupos de sujetos en función de las diferentes conductas de afrontamiento ejecutadas. Efectivamente, dos grupos de individuos mostraron una conducta vigilante o evitadora de la señal de aviso, independientemente de la situación, esto es, del nivel de certidumbre en el control que podían ejercer sobre la descarga eléctrica. Otros tres grupos estaban caracterizados por un cambio de la estrategia de evitación, o no vigilante, a una estrategia vigilante, en consonancia con el incremento de la efectividad de la respuesta de control. Mientras que un último grupo de sujetos mostró una conducta inconsistente, tendiendo a ejecutar conductas de tipo vigilante o no vigilante, independientemente de la efectividad de la respuesta. Los resultados de la investigación de Averill, apuntan, pues, a la existencia de características personales internas que afectan a la ejecución de conductas específicas (véase también Miller, 1987; Miller, Brody y Summerton, 1988; Miró, 1997b; Steptoe, Sutcliffe, Allen y Coombes, 1991).

A la luz de estos datos, nos planteamos un segundo objetivo que enlaza con el anterior. Específicamente, quisimos analizar si las estrategias de afrontamiento utilizadas variaban a medida que también cambiaba el momento del proceso quirúrgico y si este cambio estaba, en algún modo, ligado a la mayor o menor posibilidad de ejercer control sobre los acontecimientos relativos a la amenaza. Esta investigación, en la que estudiamos las estrategias de afrontamiento de unas pacientes que van a ser sometidas a una intervención quirúrgica, ha de permitirnos explorar qué sucede en el ámbito clínico, en relación a esta controversia.

Método

Sujetos

La muestra está formada por 34 pacientes del sexo femenino que debían someterse a una colecistotomía, con edades comprendidas entre los 39 y los 55 años ($M=47.15$, $DT=7.40$). Todas habían sido sometidas a alguna intervención quirúrgica con anterioridad ($M=2.01$, $DT=1.03$). Todas las pacientes fueron intervenidas en el mismo hospital, perteneciente a la red pública, y fueron reclutadas para participar en este trabajo siguiendo el mismo procedimiento; un procedimiento que se encargaba de ejecutar el mismo personal hospitalario en el preciso momento en que se contactaba con ellas para anunciarles el día de la intervención. Se trataba, efectivamente, de personas que se encontraban en lista de espera. En la Tabla 1 recogemos otras de las características específicas del grupo.

TABLA 1. ALGUNAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA

Variables	Niveles y valores	
	M	DT
Estado civil	Soltera	14.7 (5)
	Casada	85.3 (29)
	Viuda	0
	Separada / divorciada	0
Estudios	Ninguno	67.6 (23)
	EGB	7.6 (6)
	BUP / FP	8.8 (3)
	Universitarios sin terminar	2.9 (3)
	Universitarios	2.9 (1)
Actividad profesional	Asalariada con calificación reconocida	14.7 (5)
	Trabajo oficina principalmente	5.9 (2)
	Trabajo manual no cualificado	5.9 (2)
	Parada (-3 meses)	0
	Parada (+3 meses)	73.5 (25)

Material

La evaluación de las estrategias de afrontamiento se realizó mediante el cuestionario diseñado por Stone y Neale (1984). Básicamente, porque es una herramienta que ya ha sido utilizada con objetivos similares en este mismo ámbito de trabajo (véase p. ej. Moix, 1990), y porque es muy breve y de fácil administración y respuesta. Este instrumento está formado por un listado de 9 estrategias que el sujeto debe escoger en el caso de que las haya utilizado o esté utilizando. En esta investigación el cuestionario fue heteroadministrado. La tabla 2 muestra las estrategias que recoge el instrumento en cuestión.

TABLA 2. ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO RECOGIDAS EN EL CUESTIONARIO DE STONE Y NEALE (1984)

Número de estrategia	Descripción de la estrategia
1	Apartar la atención del problema pensando en otras cosas u ocupándose en otras actividades
2	Intentar enfocar el problema desde otro punto de vista para hacerlo más llevadero
3	Pensar en soluciones del problema o hacer algo para resolverlo
4	Expresar las emociones consecuentes del problema para reducir la tensión, la ansiedad o la frustración
5	Aceptar que el problema ha ocurrido y que no se puede hacer nada al respecto
6	Buscar o encontrar apoyo emocional por parte de los seres queridos, amigos o profesionales
7	Hacer algo con la intención de relajarse
8	Buscar o encontrar apoyo o consuelo espiritual
9	Realizar conductas dirigidas a encontrar información para intentar resolver el problema

Procedimiento

Se pueden distinguir tres momentos diferentes en el proceso de afrontamiento de las intervenciones quirúrgicas. Existe un periodo de anticipación previo a la intervención, un periodo de impacto o intermedio que se corresponde temporalmente con el momento de someterse a la intervención y un tercer momento o periodo que corresponde al que sigue a la intervención, esto es lo que conocemos con el nombre de recuperación postquirúrgica. A la vez, el primer y tercer periodo pueden dividirse en dos fases: de corto y largo plazo. Entre todos estos periodos y fases cabe distinguir ciertas diferencias, tanto por lo que hace a las características implícitas, como por las demandas que impone en el sujeto. Por ejemplo, el periodo de anticipación se caracteriza por el alto grado de incertidumbre a que está sometido el sujeto y en el que difícilmente puede ejecutar conductas instrumentales de control, mientras que el periodo de recuperación se caracteriza por el hecho de que el paciente, en la mayoría de los casos, ha de colaborar activamente en la propia recuperación.

Siguiendo este esquema, y para averiguar qué tipo de estrategias de afrontamiento utilizaban las pacientes, éstas fueron entrevistadas en tres momentos diferentes; momentos que corresponden a los tres periodos en que puede ser dividido el proceso quirúrgico (*i.e.*, periodo de anticipación, periodo de impacto y periodo postoperatorio). Las dos primeras entrevistas se realizaron en el hospital, concretamente el día anterior a la intervención y el tercer día después de la misma, mientras que la tercera tenía lugar cuando la paciente había regresado a su casa, esto es, a las tres semanas de ser dadas de alta, en este caso por teléfono.

La única diferencia entre las distintas mediciones que se efectuaron estuvo en parte de las instrucciones que se daban a las pacientes. En la primera entrevista era necesario que la paciente hiciera referencia a las estrategias utilizadas para adaptarse a la situación, desde que le habían comunicado que debía ser operada. En la segunda entrevista le pedíamos que respondiera pensando en aquellas estrategias que había utilizado, o estaba utilizando, desde que fue operada, para adaptarse a los problemas que genera una intervención quirúrgica. Mientras que en la tercera le decíamos que las escogiera en función de las que había utilizado o estuviera utilizando desde que estaba en su casa.

Resultados

Respecto al primero de nuestros objetivos, esto es, conocer qué tipo de estrategia es la más utilizada, vemos que «buscar el apoyo emocional» es la que, en conjunto, emplea un mayor porcentaje de pacientes (véase Figuras 1, 2 y 3; en la Tabla 2 presentamos la correspondencia entre el número que aparece en las figuras y las estrategias a que hacen referencia). Únicamente en los días inmediatamente posteriores a la intervención quirúrgica (momento 2) esta estrategia es superada por la de «hacer alguna cosa con la intención de relajarse», mientras que a las tres semanas (momento 3) ambas estrategias registran porcentajes de uso idénticos. El análisis estadístico realizado utilizando la prueba de la χ^2 no aporta demasiada información: en un buen número de «celdillas» la frecuencia de observaciones era cero. Se puede observar, sin embargo, que en todos los momentos de evaluación destacan, aunque con leves matices, las mismas estrategias: apartar la atención del problema, buscar el apoyo emocional y hacer algo para relajarse (estrategias 1,6 y 7). Para una lectura más fácil presentamos el porcentaje de pacientes que utilizan cada una de las estrategias, en cada uno de los momentos evaluados, así como el número, en la Tabla 3 y, gráficamente, mediante sendos diagramas de barras (Figuras 1, 2 y 3).

El segundo objetivo iba dirigido a estudiar la posibilidad de que las pacientes cambiasen las estrategias en función de cada uno de los momentos del proceso en los que se encontraran, y a analizar si estas modificaciones estaban relacionadas o no a la variación (*i.e.*, al incremento) de las posibilidades de control sobre la amenaza. Tras realizar el contraste para cada una de las estrategias y diferentes momentos, el análisis efectuado, utilizando la prueba de la χ^2 y aplicando la corrección Bonferroni (α/K , número de contrastes realizados = 27; nivel de significación utilizado = 0.001; grados de libertad = 1), apunta la presencia de una estabilidad elevada en cuanto al tipo de estrategia utilizada. Así, el análisis arrojó un solo cambio que alcanzó el nivel de significación estadística. Este cambio fue, concretamente, el que se dio en los cambios en el uso de la estrategia 8, entre los momentos uno y dos² [E8M1-M2=11.50, $p=0.0006$].

2. Para interpretar los datos que presentamos, utilizar la clave siguiente: la letra E indica «estrategias» y el número que la acompaña corresponde a la estrategia de afrontamiento de referencia (véase Tabla 1), la M y el número que le sigue señalan el «momento» de evaluación. Así, por ejemplo, el contraste de la estrategia número 6 entre los momentos 1 y 3 se presenta como E6M1-M3.

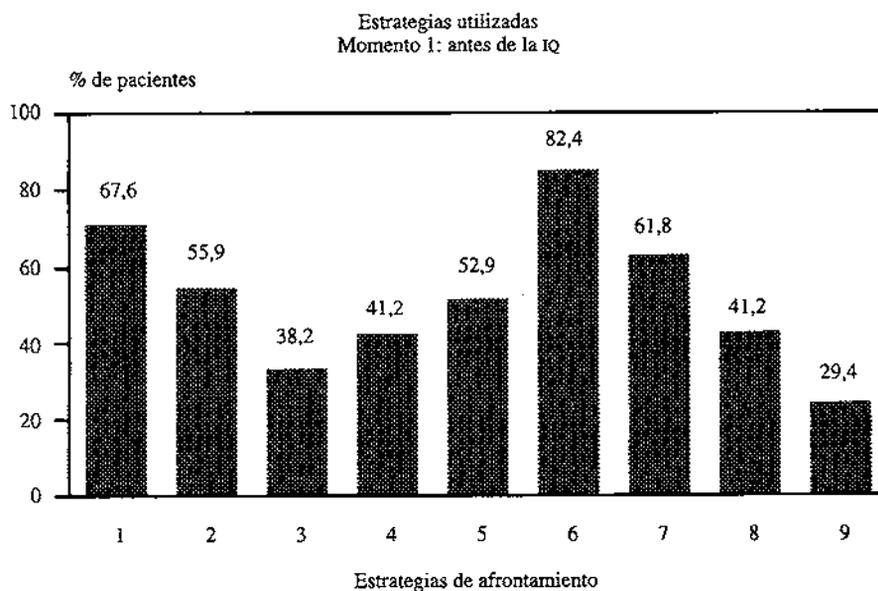


Figura 1. Evaluación de las estrategias utilizadas correspondiente al periodo de anticipación.

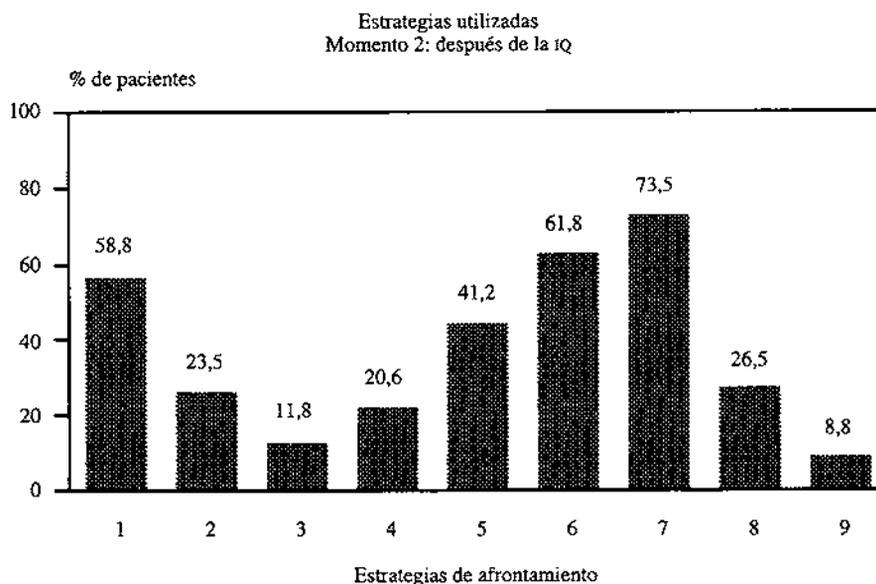


Figura 2. Evaluación de las estrategias utilizadas correspondiente al periodo de impacto.

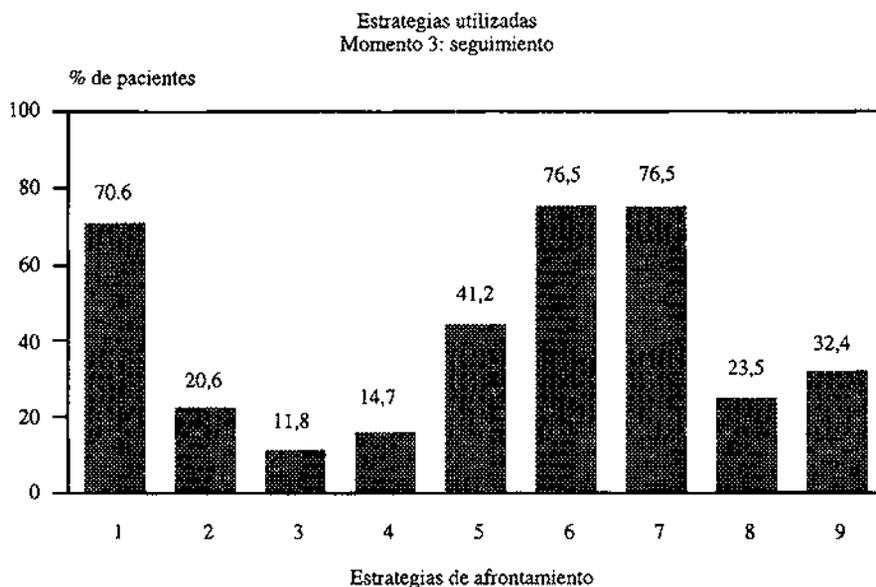


Figura 3. Evaluación de las estrategias utilizadas correspondiente al periodo de recuperación.

TABLA 3. PORCENTAJE DE PACIENTES QUE UTILIZAN CADA ESTRATEGIA EN CADA UNO DE LOS MOMENTOS EVALUADOS. ENTRE PARÉNTESIS SE INCLUYE EL NÚMERO DE PACIENTES DE CADA CASO

Estrategias	24 h antes de la IQ	72 h después de la IQ	3 semanas después del alta médica
1	67.6 (23)	58.8 (20)	70.6 (24)
2	55.9 (19)	23.5 (8)	20.6 (7)
3	38.2 (13)	11.8 (4)	11.8 (7)
4	41.2 (14)	20.6 (7)	14.7 (5)
5	52.9 (18)	41.2 (14)	41.2 (14)
6	82.4 (28)	61.8 (21)	76.5 (26)
7	61.8 (21)	73.5 (25)	76.5 (26)
8	41.2 (14)	26.5 (9)	23.5 (8)
9	29.4 (10)	8.8 (6)	32.4 (11)

Estos datos, en relación al cambio en el uso de cada estrategia, quedan reflejados en la serie de figuras que presentamos a continuación. En ellas se recogen aquellas pacientes que cambiaron en el uso de una estrategia concreta, esto es, pasaron de utilizarla a no hacerlo o al revés, y aquellas que no cambiaron, esto es, que bien no la habían utilizado en ningún momento o que la habían utilizado en los dos momentos a que hace referencia el contraste.

Como bien puede apreciarse en las figuras 4, 5 y 6, la frecuencia con la que las pacientes cambian de estrategia entre cada uno de los momentos del proceso es pequeña, tal como reflejan los datos presentados más arriba. En las figuras 7, 8 y 9 se puede observar, con precisión, el sentido del cambio en el uso de las estrategias, es decir, el porcentaje de pacientes que primero habían utilizado una estrategia y luego dejaron de utilizarla y al revés, esto es, aquellas que no la habían utilizado y más adelante decidieron emplearla. Al menos en este caso, no parece que la posibilidad de ejercer control haya inducido a realizar cambios importantes en el tipo de estrategias utilizadas por estas pacientes.

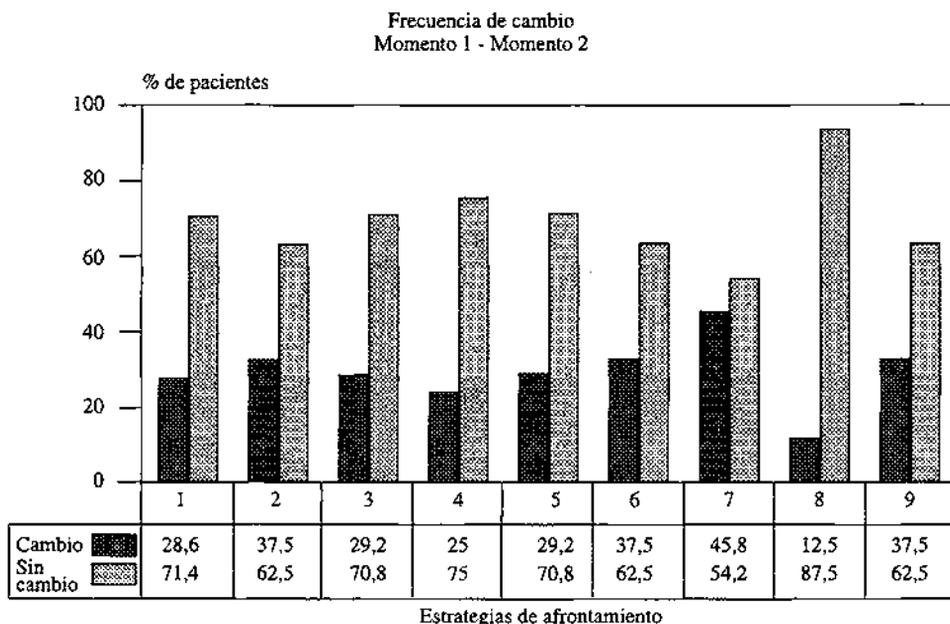


Figura 4. Porcentaje de pacientes que han cambiado o no en el uso de estrategias, considerando las que habían utilizado durante el periodo de anticipación (momento 1) y las que utilizaban durante el periodo de impacto (momento 2).

Frecuencia de cambio
Momento 1 - Momento 3

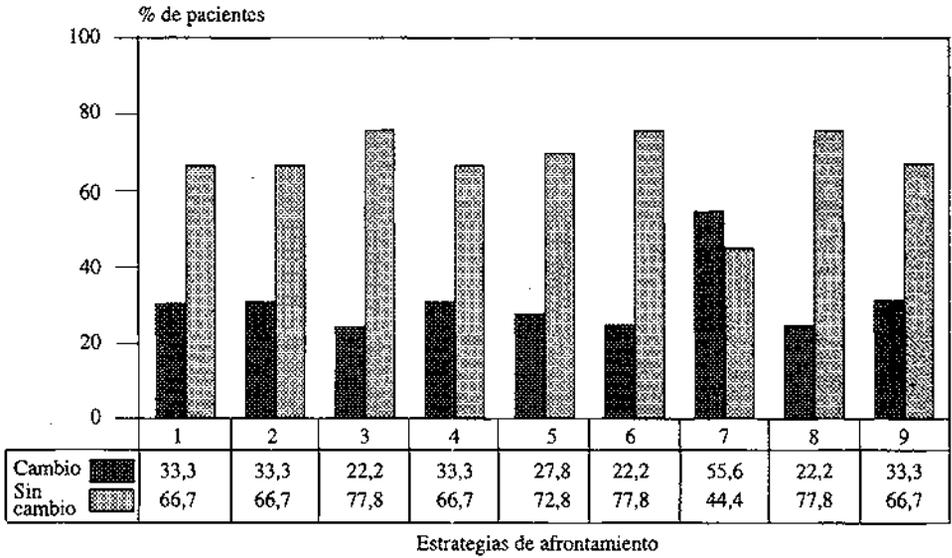


Figura 5. Porcentaje de pacientes que han cambiado o no en el uso de estrategias, considerando las que habían utilizado durante el periodo de anticipación (momento 1) y las que utilizaban durante el periodo de recuperación (momento 3).

Frecuencia de cambio
Momento 2 - Momento 3

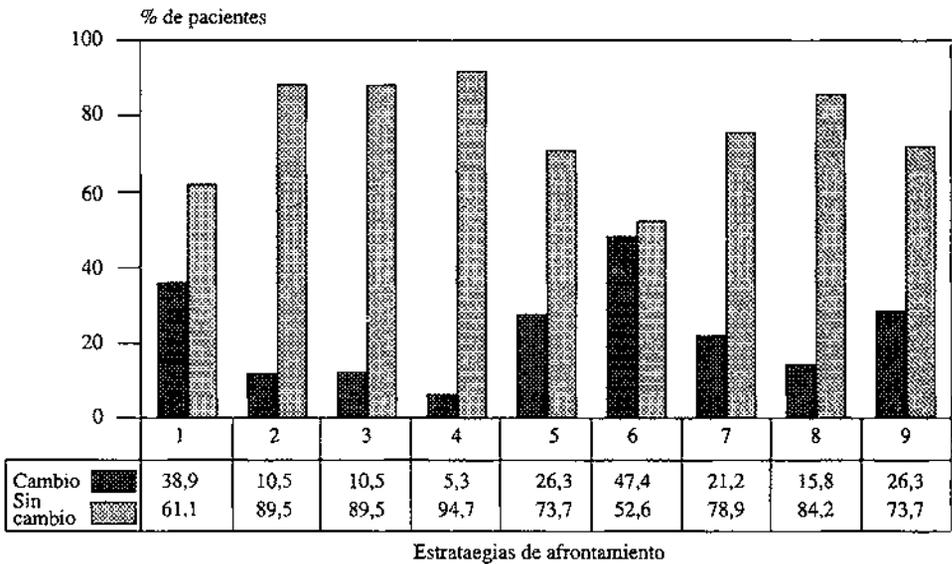


Figura 6. Porcentaje de pacientes que han cambiado o no en el uso de estrategias, considerando las que estaban utilizando durante el periodo de impacto (momento 2) y las que utilizaban durante el periodo de recuperación (momento 3).

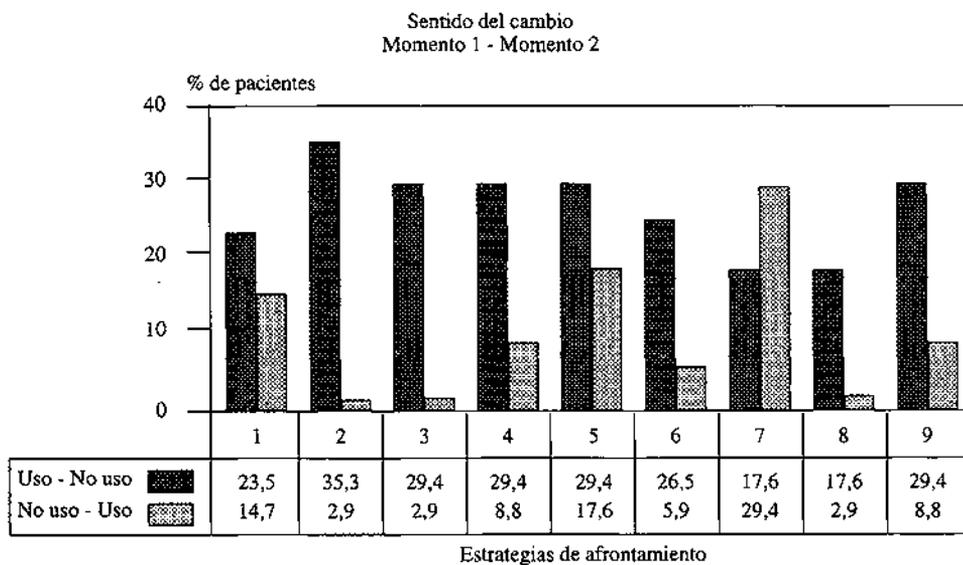


Figura 7. Sentido del cambio de las estrategias utilizadas, considerando las que habían usado o no durante el periodo de anticipación (momento 1) y las del periodo de impacto (momento 2).

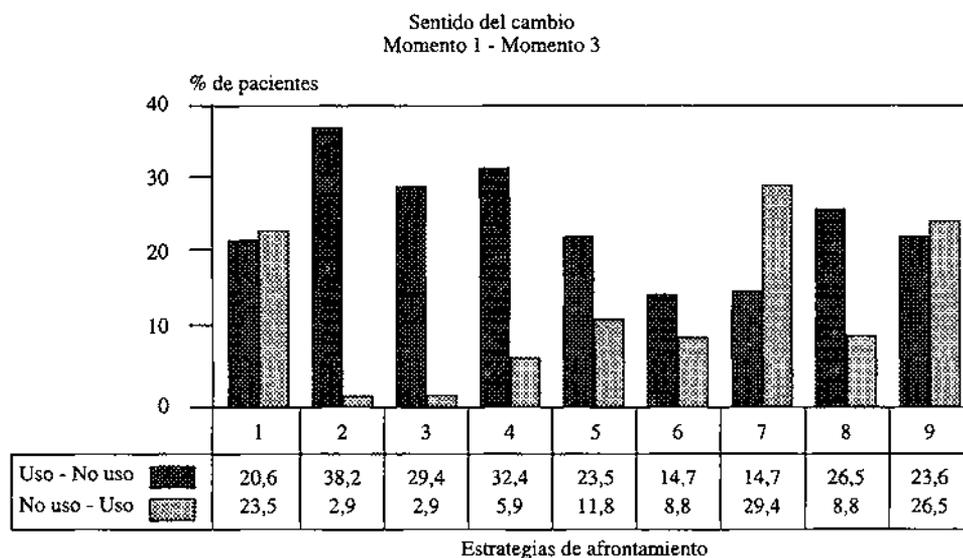


Figura 8. Sentido del cambio de las estrategias utilizadas, considerando las que habían usado o no durante el periodo de anticipación (momento 1) y las del periodo de recuperación (momento 3).

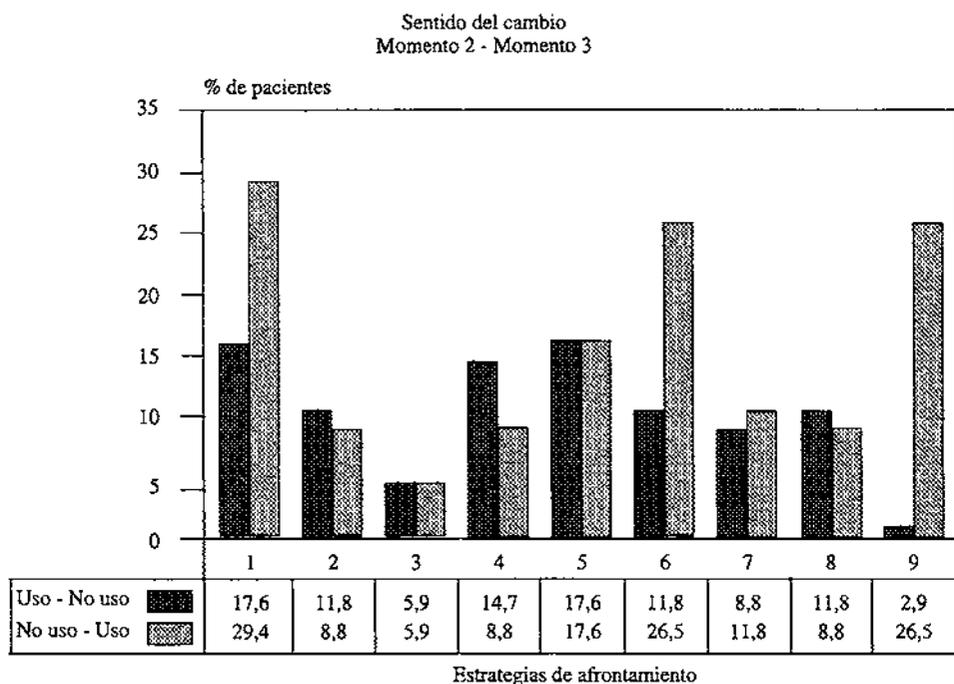


Figura 9. Sentido del cambio de las estrategias utilizadas, considerando las que estaban usando durante el periodo de impacto (momento 2) y las del periodo de recuperación (momento 3).

Conclusiones

De los datos analizados en este trabajo se desprende que si bien existe una cierta diversidad en relación a las estrategias utilizadas parece que destacan aquellas que se conocen como de tipo evitador (Lazarus y Folkman, 1986; *i.e.*, soporte emocional, relajación y distracción). En otros trabajos (Miró, 1993; Miró y Raich, 1992) hemos comprobado cómo estas estrategias también han sido identificadas como las más útiles, de entre todas las practicadas, para adaptarse a la *amenaza quirúrgica*.

Por otra parte, destaca una cierta estabilidad en el tipo de estrategias que utilizan las pacientes entrevistadas. Es decir, independientemente de la situación del proceso en que se encuentren y de la mayor o menor posibilidad de ejercer control, muestran una tendencia a utilizar el mismo tipo de estrategias. Esto tiene dos lecturas posibles. O bien estas pacientes no tienen más estrategias en su repertorio, por lo que no pueden utilizar otras, aunque las necesidades que impone la situación cambien objetivamente. O bien, aunque sí dispongan de otras, no creen conveniente cambiarlas, ya sea porque las consideran suficientemente úti-

les o porque las necesidades, esto es, sus necesidades subjetivas, no han variado a lo largo de todo el proceso.

Si bien la primera posibilidad que se plantea es una alternativa plausible, debemos señalar que, en cualquier caso, la cantidad de pacientes que utilizaron múltiples estrategias fue muy notable. Por ejemplo, en cada uno de los tres momentos en que fueron evaluadas, el 85%, 44% y 59% de las pacientes habían utilizado más de tres estrategias. Esto nos hace pensar que, quizás, la estabilidad no sea consecuencia de la falta de estrategias disponibles y que, acaso, el motivo de tal fenómeno debiera buscarse en otros lugares.

En este sentido, debe decirse que la literatura especializada ha identificado multitud de variables que pueden influir en el hecho de disponer de más o menos estrategias en el repertorio de cada uno y en el de utilizar una u otra, o varias, en función de las necesidades. Por ejemplo, se han señalado variables tales como la edad (Folkman, 1986), el sexo (Porter y Stone, 1995), las características intelectuales y culturales o las creencias³ (Copeland y Hess, 1995). Precisamente, en esta investigación, la mayoría de las pacientes, concretamente: un 67% de ellas, no tenían estudios, y pudiera ser que su bajo nivel intelectual tenga algo que ver con el hecho de que no utilizaran algunas de las estrategias que recoge el cuestionario, y que precisamente pueden catalogarse como de tipo intelectual. Concretamente, nos referimos a las estrategias 2, 3, y 9 que, no en vano, resultan ser de las menos utilizadas.

El estilo de afrontamiento de las pacientes también ha sido identificado como una fuente de variancia. Efectivamente, en la introducción de este trabajo recogíamos evidencia que señala que determinadas personas tienden a comportarse de forma similar aun encontrándose en situaciones diferentes (véase p. ej., Muris, van Zuuren y de Vries, 1994); entonces, y en relación a nuestro trabajo, se podría argumentar que el particular estilo de afrontamiento de las pacientes puede haber provocado la estabilidad observada. Considerando los datos discutidos al principio, parece que la presencia de una cierta falta de flexibilidad en las pacientes estudiadas replica, en cierta medida, los resultados registrados en el laboratorio por Averill, O'Brien y DeWitt (1977).

Algunos autores consideran que la flexibilidad es un factor fundamental para afrontar con éxito las situaciones que plantean una amenaza. Por ejemplo, Antonovsky (1979) mantiene que un afrontamiento efectivo requiere de: unos altos niveles de flexibilidad, racionalidad y de capacidad para ver más allá de lo inmediato. Para este autor (Antonovsky, 1979, 1987), en el concepto de flexibilidad subyacen dos aspectos. Así es, por una parte la flexibilidad hace referencia a la disponibilidad de una variedad de estrategias de afrontamiento para superponerse al estresor y, por otra, a la voluntad del sujeto de considerarlas todas. Por tanto, la flexibilidad implica el hecho de escoger la estrategia más apropiada de entre las disponibles, dentro de los límites culturales propios. No parece aven-

3. Agradecemos las sugerencias, en este sentido, de un revisor anónimo. Esta persona aludía a la posibilidad de que las creencias religiosas de las pacientes hubieran incidido en los resultados. Como hipótesis apuntaba que «las mujeres incultas y no religiosas prefieren estrategias de evitación» y señalaba que «tal vez mujeres cultas y de alto nivel cognitivo [quizás] prefieran estrategias intelectuales. Y acaso las mujeres con firmes principios religiosos, prefieran buscar consuelo espiritual». Sin duda, explicaciones plausibles y que convendría considerar en futuras investigaciones.

turado suponer, como hacen Sheridan y Radmacher (1992), que aquellos con falta de flexibilidad no manejen muy bien el estrés.

En suma, nuestro trabajo muestra una estabilidad de las estrategias; una estabilidad que, como decíamos, puede tener múltiples determinantes. En las líneas precedentes hemos apuntado algunos de ellos, será en futuras investigaciones en las que deberemos dilucidar el peso relativo de cada uno. Esta investigación, por su naturaleza de análisis exploratorio, nos ha servido para estudiar algunos aspectos del afrontamiento en una situación distinta al laboratorio, donde han tenido lugar la mayor parte de las investigaciones iniciales. Por ello, generalizar los resultados de esta investigación, sin más, no nos parece ajustado. Sin embargo, los datos que estamos analizando de otras muestras que están siendo estudiadas, apuntan en la misma dirección a la que aquí se recoge (Miró y Raich, 1997a). Entendemos que futuras investigaciones deberían contrastar, por ejemplo, los efectos de la flexibilidad en el afrontamiento del estrés, comparando o controlando parámetros tales como el sexo, la personalidad, el nivel intelectual, cultural o las creencias. Pensamos que estudiar la flexibilidad en el área del afrontamiento, en los términos que la define Antonovsky (1979, 1987), ha de permitirnos predecir qué individuos van a comportarse de esta forma, que ya hemos identificado como poco adaptativa, e intervenir para modificar tal forma de comportarse.

Por último, queremos apuntar que los resultados de esta investigación señalan, una vez más, la necesidad de considerar la interacción entre el contexto social y la situación física con las características internas y externas individuales para analizar correctamente la conducta de afrontamiento y sus variaciones.

REFERENCIAS

- Alberts, M.S., Lyons, J.S. & Moretti, R.J. (1989). Psychological interventions in the presurgical period. *International Journal of Psychiatry in Medicine*, 19, 91-106.
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress, and coping*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Averill, J.R., O'Brien, L. & DeWitt, G.W. (1977) The influence of response effectiveness on the preference for warning and on psychophysiological stress reactions. *Journal of Personality*, 45, 395-418.
- Averill, J.R. & Rosenn, M. (1972). Vigilant and nonvigilant coping strategies and psychophysiological stress reactions during the anticipation of electric shock. *Journal of Personality and Social Psychology*, 23, 128-418.
- Brunswick, E. (1947). *Systematic and representative design of psychological experiments with results in physical and social perception*. University of California Press, nº 304, serie Syllabus, Berkeley.
- Copeland, E.P. & Hess, R.S. (1995). Differences in young adolescents' coping strategies based on gender and ethnicity. *Journal of Early Adolescence*, 15, 203-219.
- Egbert, L.D. (1967). Psychological support for surgical patients. *International Psychiatry Clinics*, 4, 37-51.
- Egbert, L.D., Battit, G.E., Turndorf, H. & Beecher, H.K. (1963). The value of the preoperative visit by an anesthesiologist. *Journal of the American Medical Association*, 185, 553-555.
- Egbert, L.D., Battit, G.E., Welch, C.E. & Bartlett, M.K. (1964). Reduction of postoperative pain by encouragement and instruction of patients. *The New England Journal of Medicine*, 270, 825-827.
- Evans, B.J. & Stanley, R.O. (1990). Psychological interventions for coping with surgery: A review of hypnotic techniques. *Australian Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 18, 97-105.
- Folkman, S. (1986). Coping over the life span. In S. McHugh & T.M. Vallis (Eds.), *Illness Behavior. A Multidisciplinary Model* (pp. 321-324). New York: Plenum Press.

- Groot, K.I. de, Boeke, S., Berge, H.J. van den, Duivenvoorden, H.J., Bonke, B. & Passchier, J. (1997). The influence of psychological variables on postoperative anxiety and physical complaints in patients undergoing lumbar surgery. *Pain*, 69, 19-26.
- Horne, D.J., Vatmandis, P. & Careri, A. (1994). Preparing patients for invasive medical and surgical procedures: II. Using psychological interventions with adults and children. *Behavioral Medicine*, 20, 15-21.
- Janis, I.L. (1958). *Psychological stress. Psychoanalytic and behavioral studies of surgical patients*. New York: John Wiley & Sons.
- Johnston, M. (1988). Impending surgery. In A. Fisher & J. Reason (Eds.), *Handbook of Life Stress, Cognition and Health* (79-100). New York: John Wiley.
- Johnston, M. & Vogeley, C. (1993). Benefits of psychological preparation for surgery: A meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, 15, 245-256.
- Lazarus, R.S. & Folkman, S. (1986). *Estrés y procesos cognitivos*. Barcelona: Martínez Roca (traducción original 1984).
- Marmor, J. (1958). The psychodynamics of realistic worry. *Psychoanalysis and Social Science*, 5, 155-163.
- Martelli, M.F., Auerbach, S.M., Alexander, J. & Mercuri, L.G. (1987). Stress management in the health care setting: matching interventions with patient coping styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 201-207.
- Miller, S.M. (1987). Monitoring and blunting: validation of a questionnaire to assess styles of information seeking under treatment. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 345-353.
- Miller, S.M., Brody, D.S. & Summerton, J. (1988). Styles of coping with threat: implications for health. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 142-148.
- Miró, J. (1993). *Preparació psicològica per a intervencions quirúrgiques*. Tesis doctoral no publicada. Facultat de Psicologia, Universitat Autònoma de Barcelona.
- Miró, J. (1997a). Preparación psicológica para intervenciones quirúrgicas: una revisión selectiva. *Revista de Psicología de la Salud*, 9, 45-91.
- Miró, J. (1997b). Translation, validation, and adaptation of an instrument to assess the information seeking style of coping with stress: The Spanish version of the Miller Behavioral Style Scale. *Personality and Individual Differences*, 23, 909-912.
- Miró, J. y Raich, R.M. (1992). *Intervencions quirúrgiques i estratègies d'afrontament*. Comunicació presentada en la 7a. Reunió Anual de la SCRITC. Barcelona.
- Miró, J. & Raich, R.M. (1997a). *Coping with surgery: does sex make any difference?* Manuscrito en preparación.
- Miró, J. & Raich, R.M. (1997b). *Matching psychological preparation for surgery with patients' coping style: does it really make a difference?* Manuscrito en preparación.
- Moix, J. (1990). *Influencia en la evaluación cognitiva y las estrategias de afrontamiento en la ansiedad: su valoración en pacientes quirúrgicos*. Tesis doctoral no publicada. Facultat de Psicologia, Universitat Autònoma de Barcelona.
- Muris, P., van Zuuren, F.J. & de Vries, S. (1994). Monitoring, blunting and situational anxiety: A laboratory study on coping with a quasi-medical stressor. *Personality and Individual Differences*, 16, 365-372.
- O'Hallaran, C.M. & Altnaiewr, E.M. (1995). The efficacy of preparation for surgery and invasive medical procedures. *Patient Education and Counseling*, 25, 9-16.
- Porter, L.S. & Stone, A.A. (1995). Are there really gender differences in coping? A reconsideration of previous data and results from a daily study. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 14, 184-202.
- Rothbaum, F., Weisz, J.R. & Snyder, S.S. (1982). Changing the world and changing the self: A two-process model of perceived control. *Journal of Personality and Social Psychology*, 42, 5-37.
- Sheridan, Ch.L. & Radmacher, S.A. (1992). *Health Psychology. Challenging the biomedical model*. New York: John Wiley & Sons.
- Stephens, A., Sutcliffe, I., Allen, B. & Coombes, Ch. (1991). Satisfaction with communication, medical knowledge, and coping style in patients with metastatic cancer. *Personality and Individual Differences*, 32, 627-632.
- Stone, A.A. & Neale, J.M. (1984). New measure of daily coping: development and preliminary results. *Journal of Personality and Social Psychology*, 46, 892-906.
- Suis, J. & Wan, Ch.K. (1989). Effects of sensory and procedural information on coping with stressful medical procedures and pain: a meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 372-379.
- Thompson, S.C. (1981). Will it hurt less if I can control it? A complex answer to a simple question. *Psychological Bulletin*, 90, 98-101.
- Wells, J.K., Howard, G.S., Nowlin, W.F. & 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.

