

Estudio de la conducta de los enfermos en una población andina. (Estructura factorial del cuestionario IBQ de Pilowsky)

Joaquín Nieto Munuera*

Fernando Lojo Fritschi*

Lily Hilser Vicuña*

Rodolfo Qiroz Valdivia**

Summary

One of the most interesting contributions showed by Pilowsky has been the Illness Behaviour Questionnaire (IBQ), which was designed as a helpful tool in the assessment of the illness behaviour as well as an screening instrument to detect the abnormal pattern of illness behaviour. The aims of this work are to know the characteristics that can tipify the behaviour of the patients from an Andean population. A principal component analysis was carried out on the 62 items of the Illness Behaviour Questionnaire responses of 406 patients coming from the out patient group of general medicine (302) and from psychiatry-psychology (104) of the hospitals located in the capital of the province of Cusco, in Peru. The consistency and meaning of the nine factors found are discussed: affective disturbance, disease conviction, denial, hypochondriasis, health obsession, interpersonal anger and disgust, affective inhibition, perception of the biological functions and search and acceptance of the sick role. The factors obtained were compared to those of the studies by Pilowsky y Spence (1975), Byrne y Whyte (1978), Pilowsky, Spence y Waddy (1979), Zonderman, Heft y Costa (1985), Nieto (1986), Llor (1991), and Pilowsky (1993).

Key words: illness behaviour, health behaviour, sick role, IBQ.

Resumen

Una de las contribuciones más interesantes de Pilowsky ha sido el Cuestionario sobre la Conducta del Enfermo (IBQ), que fue diseñado como una herramienta para ayudar a evaluar la conducta de los enfermos y como un instrumento de *screening* para detectar los patrones anormales de la conducta de los enfermos. Los objetivos de este trabajo son conocer las características que puedan tipificar la conducta de los enfermos de una población andina. Se llevó a cabo un análisis factorial de los componentes principales tras aplicar el cuestionario sobre la conducta de los enfermos, compuesto de 62 reactivos, a 406 pacientes procedentes de la consulta externa de medicina general (302) y de psiquiatría y psicología (104) de los hospitales generales ubicados en la capital de la provincia del Cusco, en Perú. Se discuten las congruencias y el significado de los nueve factores hallados: disturbio afectivo, convicción de estar enfermo, negación, hipochondria, obsesión por la salud, enfado y disgusto interpersonal, inhibición afectiva, percepción de las funciones biológicas y

* Departamento de Psiquiatría y Psicología Social. Facultad de Medicina. Campus de Espinardo. Universidad de Murcia. España.

** Departamento de Medicina Humana. Facultad de Medicina. Universidad Nacional S. Antonio Abad del Cusco. Perú.

búsqueda y aceptación del papel de enfermo. Los factores obtenidos se compararon con los estudios de Pilowsky y Spence (1975), Byrne y Whyte (1978), Pilowsky, Spence y Waddy (1979), Zonderman, Heft y Costa (1985), Nieto (1986), Llor (1991) y Pilowsky (1993).

Palabras clave: Conducta del enfermo, conducta en la salud, papel del enfermo, IBQ.

Introducción

La conducta del enfermo constituye una elaboración práctica del modelo biopsicosocial descrito por Engel (9), un marco integrador de las dimensiones biológica, psicológica y social del individuo para explicar los estados de salud y enfermedad. Para algunos autores, como Mchugh y Vallis (15), esta línea de investigación merece que se le considere como modelo general de la relación salud-enfermedad, por haber integrado la conceptualización de diversas disciplinas científicas y los resultados de las investigaciones de diversos campos.

La formulación del concepto se basa en la observación de un hecho muy frecuente en la práctica clínica y que ha planteado numerosos interrogantes. No todos los pacientes con un mismo diagnóstico, una fase de evolución similar y con el mismo tratamiento, reaccionan de igual forma. En algunos, la evolución de la enfermedad es favorable mientras que en otros, las recaídas y las hospitalizaciones son frecuentes, al igual que las respuestas al tratamiento, que pueden ser muy diferentes. En suma, la gran variabilidad de respuestas que presentan los pacientes ha confirmado la importancia de las variables psicosociales al principio, en la evolución y en el desenlace de la enfermedad.

El concepto de "conducta del enfermo", que en un sentido amplio hace referencia a la respuesta global del sujeto ante la enfermedad, intenta analizar estas variables y explicar los distintos patrones de respuesta que presentan los pacientes. La importancia de este constructo se deriva de numerosos trabajos empíricos que nos permiten afirmar, que el modo que tiene un individuo de responder a la situación de enfermo influye en la sintomatología y curso evolutivo del proceso morboso, determina la adherencia al tratamiento y configura la relación del médico con su paciente.

El término "conducta del enfermo", fue acuñado por Mechanic (16), "para designar las peculiaridades individuales de las respuestas ante su situación de enfermo que, mediadas de acuerdo con las diferencias en su percepción y evaluación, estarían condicionadas tanto por factores sociales como por las características personales del enfermo".

Aunque algunos de estos aspectos ya habían sido tomados en cuenta en los esquemas de la medicina psicosomática tradicional, su integración en una formulación unitaria en el marco conceptual de la psicología y la sociología médicas actuales, ha despertado un gran interés que se refleja en el importante volumen de trabajos que—desde diversas perspectivas teóricas— se ha dedicado a esta temática en las dos últimas décadas. Mc Hugh y Vallis (15); Morales (19).

Para su formulación Mechanic se apoyó directamente en las concepciones de Parsons (24) acerca de la enfermedad, como una situación de desviación social y sobre el concepto del "rol de enfermo", pero su planteamiento tiene en cuenta, desde el principio, las características psicológicas del enfermo. En este sentido, viene a concluir que las personas perciben y evalúan los síntomas diferencialmente y se comportan frente a ellos de forma distinta, lo que sugiere una teoría de canales alternativos aprendidos para responder ante las situaciones de estrés, incluida la enfermedad, que desde una perspectiva sociológica, él clasifica en una dimensión de fuerte a poca inclinación de los sujetos a definirse como enfermos y a ponerse en contacto con los distintos sistemas de cuidado médico.

El modelo de distinción *Disease/Illness*, parece ser la base para un enfoque interdisciplinario de la relación salud-enfermedad. Ya Coe (5) había establecido esta distinción que, posteriormente, fue retomada y modificada en mayor o menor medida por autores como Barondess (1), Cott (6), Kleinman (11) y el propio Mechanic (17). Todos ellos consideran que tal distinción es útil para formulación de un modelo teórico que permita integrar la influencia de los aspectos psicosociales en el proceso de enfermedad.

El estudio de la conducta del enfermo tanto a nivel teórico como en la aplicación clínica de dicho concepto, ha incorporado las aportaciones de diversas líneas de investigación, procedentes de diferentes áreas de conocimiento. Básicamente, son tres las líneas de desarrollo. La primera, que procede de la sociología médica y la psicología social, la segunda, que procede de la medicina comportamental y, finalmente la línea psicopatológica.

Esta tercera línea de desarrollo de la conducta del enfermo tiene una orientación clínica y ha estado centrada en la descripción de los estilos no adaptativos de enfrentarse a la situación de enfermo, agrupados en el concepto de "conducta anormal del enfermo" formulado por Pilowsky (25), para referirse a aquellas enfermedades en las que el paciente se queja de molestias físicas sin que se encuentren causas orgánicas que las justifiquen. Estos enfermos han sido designados con un gran número de "etiquetas" diagnósticas tales como: enfermedad funcional, histeria, reacción de conversión, reacción de somatización, dolor psicógeno, psicosomático, síndrome de Münchausen, neurosis

orgánica, fingirse enfermo, etc. Plantea la situación que ha llevado a tal confusión diagnóstica y hace un repaso sobre la concepción de diversos autores respecto a la supuesta independencia nosológica de la histeria, hipocondría y neurastenia.

Inspirado en el concepto del "rol de enfermo", de Parsons, y en el de "conducta del enfermo", de Mechanic, Pilowsky los aplica a la discusión de estas "etiquetas" diagnósticas, y sugiere que el factor común subyacente a esos diagnósticos era que el médico no considerara a este tipo de pacientes como enfermos, y concluye que si el paciente no queda conforme con la explicación que le da el médico acerca de lo que él cree que es su problema y sobre la forma en la cual cree que debe ser tratado, entonces, el médico podría concluir, razonablemente, que el paciente está manifestando una "conducta anormal de enfermo".

La evolución del pensamiento de Pilowsky, va desde sus planteamientos iniciales en la búsqueda de un denominador común para aquellos individuos que encajan mal en las etiquetas tradicionales de histeria e hipocondría hasta los que engloba bajo la denominación de enfermos con una conducta anormal caracterizados por la convicción—no adecuada a la realidad—de que padecen de un proceso morboso de índole somático, y que se adhieren de manera excesiva a desempeñar el "rol de enfermo" (25,26). Tras abandonar esta formulación inicial, pasa a comprobar en la clínica la existencia de otras modalidades de CAE, distintas de las centradas en la afirmación de enfermedad "excesiva", así como la de grandes variaciones interindividuales en cada una de ellas, con total independencia del diagnóstico. Por eso, propuso incluir bajo dicha denominación a todas las modalidades "no adaptativas" de la respuesta ante la enfermedad, situándolas en uno de los extremos de la dimensión bipolar en torno a la que variaría dicho comportamiento en cada caso (28).

Desarrollando este planteamiento, Pilowsky propone considerar a la "conducta de enfermedad" como el sexto eje diagnóstico de la clasificación multiaxial del DSM-III, distinguiendo en ella dos aspectos o dimensiones bipolares a los que concibe con relación ortogonal entre sí. La primera hace referencia a la adecuación y objetividad de las actitudes ante el propio estado de salud, estableciendo un continuo que reflejaría la identificación con el rol de enfermo, y que iría desde la negación a la excesiva afirmación del mismo. La segunda está determinada por el grado de cooperación o de resistencia ante la intervención terapéutica en términos de cumplimiento o no de las prescripciones médicas (30).

En España, Morales Meseguer (18), abundando en el estudio de la conducta del enfermo, propone un nuevo parámetro o dimensión, que se uniría a las anteriores, y que se refiere al "grado de perturbación afectiva" reflejando un severo disturbio emocional con marcada sintomatología ansiosa y distímica, además del grado de inhibición afectiva (que podría variar en un *continuum* desde frialdad afectiva hasta euforia afectiva).

En este sentido, la necesidad de incluir un nuevo eje diagnóstico en las clasificaciones internacionales se debe a la vaguedad de los ejes IV y V, y a la inhabilidad para describir bien la relación mente-cuerpo; aunque en el DSM-III y DSM-IV, ya aparecen incluidos las

conductas antisociales, los problemas académicos y ocupacionales y el cliclo evolutivo de la vida, su validez es limitada y contribuye poco a describir la conducta del enfermo.

Pese al empeño de Pilowsky en definir y clasificar la CAE, coincidimos con Mayou (14) cuando señala que los esfuerzos deberían dirigirse a analizar los mecanismos psicológicos que están implicados en las maneras desadaptativas de responder al propio estado de salud, en lugar de crear clasificaciones amplias y heterogéneas cuyas ventajas sobre otras están todavía por demostrarse.

Independientemente de las críticas teóricas, un aspecto importante abordado por Pilowsky ha sido el intento de cuantificar la conducta del enfermo por medio de la construcción de un instrumento de medida: el Cuestionario sobre la Conducta del Enfermo, IBQ junto con una entrevista semiestructurada, IBASI (Entrevista para la Evaluación de la Conducta Anormal del enfermo) (33).

En un principio, el IBQ, se diseñó como ayuda en la evaluación de la conducta del enfermo y como un instrumento de *screening* para detectar los patrones anormales de conducta del enfermo. El IBAS se desarrolló para paliar algunas de las limitaciones asociadas con los instrumentos autoaplicados, y para proporcionar una base para la definición precisa y el estudio de los diversos patrones de conducta del enfermo.

No obstante, las críticas al IBQ como instrumento de medida, han sido numerosas. La primera se refiere a la naturaleza de la muestra utilizada para su factorización, ya que tal y como señala Zonderman (34), no está justificado que por falta de exámenes diagnósticos exhaustivos se utilicen pacientes con dolor intratable como grupo criterio para elaborar una escala de conducta anormal del enfermo, a menos que asumamos que todos estos pacientes son hipocondriacos. Este mismo autor recomienda que en los estudios futuros se cuente con grupos control que tengan clara evidencia de una enfermedad con base orgánica.

Otra de las críticas pone de relieve tanto el escaso número de sujetos empleados para la factorización (100 casos), como ciertas deficiencias psicométricas por falta de réplicas coincidentes con la estructura factorial de siete dimensiones de Pilowsky. Main y Waddell (13); Nieto (21); Llor (12).

Pese a dichas deficiencias psicométricas, el IBQ ha demostrado su utilidad en el ámbito clínico por medio de una amplia serie de trabajos que permiten aislar diversos patrones de respuesta ante la enfermedad. En este sentido se ha trabajado tanto en la búsqueda de una tipología de modos anormales de respuesta a la enfermedad, como en su identificación y cuantificación en distintos grupos de enfermos (pacientes de clínica del dolor, pacientes con infarto del miocardio, hospitalizados, de asistencia primaria, geriátricos, etc.) para determinar la frecuencia con la que aparece cada uno de ellos y valorar su posible influencia diferencial en la evolución clínica de los pacientes [Pilowsky (27), (29); Byrne (2), (3); Demjen (8); Fava y cols (10); Nieto y cols (23); Morales y cols (20); Deighton (7)].

Si atendemos al propósito inicial de la construcción del IBQ, éste debería permitir discriminar entre los su-

jetos con una conducta anormal debida a su enfermedad de aquellos que muestran actitudes apropiadas a su estado de enfermedad. Por el contrario, tal y como hemos señalado en el párrafo anterior, éste no es el que se le está dando en este momento al cuestionario, el cual se centra, principalmente, en el establecimiento de perfiles diferenciales de respuesta al IBQ. Por otra parte, los hallazgos sobre las correlaciones significativas entre éste y diversas escalas de neuroticismo sugieren que el IBQ tiene un valor potencial como predictor de la conducta anormal del enfermo. Clayer y cols. (4); Zonderman y cols. (34).

Objetivos

El presente trabajo se enmarca en la línea de investigación acerca de la conducta del enfermo desarrollada en la cátedra de psicología médica de la Universidad de Murcia, por el Profesor Morales Meseguer, y continuada por sus discípulos. La finalidad es tratar de esclarecer y delimitar tanto el concepto de la conducta del enfermo como la mejoría de los procedimientos existentes hasta el momento para observarla y cuantificarla.

El objetivo, que aquí nos hemos planteado es el de verificar la estructura factorial de la escala de Pilowsky, que a nuestro juicio no ha quedado bien establecida, con objeto de confirmar si en nuestros pacientes se presentan las mismas relaciones de covariación entre sus elementos, y compararla con otras factorizaciones descritas por otros autores.

Material y métodos

Para llevar a cabo el presente estudio dispusimos de una muestra total de 406 sujetos (171 varones y 235 mujeres) procedentes de la consulta externa de medicina general, psiquiatría y psicología de los hospitales dependientes del Instituto Peruano de la Seguridad Social y del Ministerio de Salud, ubicados en la capital de la Provincia del Cusco, en Perú. La población total la dividimos en dos grupos: El primer grupo esta constituido por pacientes procedentes de la consulta externa de medicina general y se compone de 302 sujetos (132 varones y 170 mujeres), quienes tienen una media de edad de 39.5 años. El segundo grupo está conformado por pacientes procedentes de la consulta externa de psicología y psiquiatría, y se compone de 104 sujetos (39 varones y 65 mujeres), quienes tienen una media de edad de 39.4 años.

A todos los pacientes se les administró el cuestionario IBQ (*Illness Behaviour Questionnaire*) de Pilowsky de 62 reactivos. Al mismo tiempo se constató la edad, el sexo, la procedencia y el diagnóstico de la enfermedad. Los criterios clínicos de inclusión en uno y otro grupo se determinaron por su vinculación en el momento de recoger los datos en el grupo de partida. El grupo de medicina general fue el más numeroso; lo componen enfermos básicamente agudos y con diagnósticos heterogéneos. Se descartaron los casos en los que constó que tenían un diagnóstico psiquiátrico o que

estuvieran siendo sometidos a un tratamiento de este tipo. El grupo de psiquiatría y psicología estuvo compuesto por pacientes que acuden a dichas consultas, que presentan problemas emocionales diversos, como trastornos neuróticos, psicósomáticos u otros; se descartaron los procesos endógenos (depresión mayor), psicóticos o demenciales. La mayor parte de los pacientes pertenecientes a este grupo presentaba síndrome ansioso-depresivo.

Otro criterio de inclusión fue la edad. Elegimos un amplio margen, descartando a los menores de 18 años y a los mayores de 65. Los mejores de 18 años no fueron considerados en este estudio porque las respuestas de este grupo de edad suelen distorsionarse por lo inusual de su enfermedad, así como por las variables psicológicas y de personalidad que son difíciles de controlar. También ocurre una cierta distorsión en los mayores de 65 años, por lo que no fueron incluidos en el estudio.

El cuestionario IBQ se le administró individualmente a cada paciente indicándole que se trataba de una escala de salud, que requería de su colaboración para estudiar la situación, y que sus opiniones eran importantes por la posibilidad de que aportaran información para el mejor conocimiento de la conducta global de los pacientes; que no era necesario dar su nombre y que, por lo tanto, la encuesta podía considerarse anónima. Así mismo, a cada paciente se le entregó una hoja para que anotara sus contestaciones a los 62 reactivos (el tiempo de que disponía para resolver el cuestionario lo determinó el mismo paciente).

Resultados

Con las puntuaciones obtenidas en cada reactivo del cuestionario en la muestra global de 406 sujetos, hicimos un primer análisis factorial por el método de componentes principales (eigen-valores >1) y mediante rotación tipo varimax. Sólo los factores con raíces latentes mayores de 0.4 se consideraron para valorarlas posteriormente. Obtuvimos 12 factores que explican el 44.20 % de la varianza total.

Primer factor. Presenta una varianza explicada de 3.43 que representa 5.53 % de la varianza total. Consta de los siguientes reactivos:

- (I-54).69 ¿Se deprime con frecuencia?
- (I-18).65 ¿Se angustia con facilidad?
- (I-47).62 ¿Se entristece fácilmente?
- (I-51).53 ¿Se enfada fácilmente?
- (I-12).51 ¿Tiene problemas con los nervios?
- (I-59).46 ¿Le resulta difícil relajarse?
- (I-48).40 ¿Se preocupa por cosas insignificantes que para otros carecerían de importancia?

Hemos denominado a esta dimensión *Disturbio Afectivo*, al igual que Pilowsky, por la temática de sus reactivos. Se caracteriza por sentimientos de ansiedad y depresión ante la enfermedad. En su estudio de una población española de 571 pacientes, Nieto (22) halló una dimensión similar a la nuestra (factor II), con excepción del reactivo 57, que nosotros no encontra-

mos. En su estudio de una población española de 693 pacientes crónicos, Llor (12) halló una dimensión (factor I) que coincide con la nuestra, exceptuando el reactivo 51, que este autor no tiene, y el reactivo 57, que no se encuentra en nuestro factor.

También hay una gran similitud con el factor V (AD) de Pilowsky, exceptuando los reactivos 48 y 51, que este autor no tiene.

En el estudio de Byrne y Whyte (2) encontramos el factor VI (reactivos 12, 59 y 54) y el factor III (reactivos 18 y 47), que juntos equivalen parcialmente a nuestro factor.

Tanto el factor IX, obtenido por Pilowsky, Spence y Waddy (32), como el factor I, de Pilowsky y Spence (33), son similares al nuestro salvo por algunos matices. En su amplia muestra de 1,061 pacientes afectados de dolor crónico, Zonderman, Heft y Costa (34) encontraron esta misma dimensión (factor IV), pero reducida a los reactivos 18, 47 y 54.

En un estudio muy amplio de 1,578 sujetos (de los cuales 832 eran pacientes de la clínica multidisciplinaria del dolor, de un hospital general, y los otros 746 eran pacientes psiquiátricos internados en el mismo hospital general) Pilowsky (31) encontró una escala similar (factor IV), salvo el reactivo 8, que nosotros no encontramos, y el reactivo 51, que no se encuentra presente en el factor de este autor.

Segundo factor. Tiene una varianza explicada de 3.08 que supone 4.97 % de la varianza total; lo componen 5 reactivos, como se muestra a continuación, junto con sus cargas factoriales:

- (I-26).69 ¿Su enfermedad le produce mucho dolor?
- (I-16).61 ¿Sufre de muchos dolores o ataques?
- (I-46).55 ¿El mayor problema de su vida es su falta de salud?
- (I-50).49 ¿Con frecuencia tiene síntomas de una enfermedad grave?
- (I-03).42 ¿Su enfermedad está perjudicando en gran medida su vida?

Estamos ante una dimensión a la que hemos llamado *Convicción de estar Enfermo*, en la que el paciente tiene la firme creencia de padecer un trastorno físico grave, y se preocupa por los síntomas somáticos. Coincide con el factor III de Nieto en los reactivos 3, 16 y 46; sin embargo, la dimensión obtenida por este autor ha sido enriquecida con los reactivos 2, 41 y 35. Por otro lado, nosotros encontramos el reactivo 50 y este autor no. En su estudio Llor halló una dimensión (factor III) que coincide parcialmente con la nuestra en los reactivos 3, 16 y 26, y al igual que Nieto, su factor ha sido enriquecido con los reactivos 2, 41 y 35, pero no presenta los reactivos 46 y 50 que nosotros encontramos.

Al comparar el estudio de Pilowsky no encontramos ningún factor que coincida con el nuestro. Lo mismo sucede con Byrne y Whyte en su muestra de 120 supervivientes de infarto del miocardio.

En su muestra de 122 pacientes a los que se les aplicó el IBQ una semana antes de ser intervenidos quirúrgicamente para colocarles un *by-pass* arterio-coronario, Pilowsky, Spence y Waddy hallaron una dimensión similar (factor II) que coincide con todos nues-

tros reactivos. Esta dimensión fue enriquecida por los reactivos 2 y 10, que nosotros no encontramos.

En un estudio descrito en el manual del IBQ, Pilowsky y Spence obtuvieron 9 factores en una muestra de 150 pacientes de medicina general; coincidiendo con nosotros su factor II (reactivos 3 y 46) y su factor VI (reactivos 16 y 26).

Al intentar repetir la estructura factorial de Pilowsky Zonderman, Heft y Costa obtuvieron el factor II con 14 reactivos, coincidiendo con nosotros en los reactivos 3, 16, 26 y 46.

En el último estudio de Pilowsky (1993) encontramos el factor II, que coincide parcialmente con el nuestro (reactivos 16 y 26). Este autor considera que su factor es una dimensión Psicológica *versus* Somática de la Enfermedad, similar a su factor III (P/S) del IBQ.

Tercer factor. Presenta una varianza explicada de 2.96 que supone 4.77 % de la varianza total. Está compuesto por 7 reactivos:

(I-08).50 ¿Le resulta difícil olvidarse de sí mismo y pensar en otras cosas?

(I-33).48 ¿Le cuesta mucho creerle al médico cuando le dice que no hay nada por lo que deba usted preocuparse?

(I-09).45 ¿Se enfada cuando se siente enfermo y alguien le dice que lo encuentra mejor?

(I-56).45 ¿Se siente más irritable hacia los demás?

(I-32).44 ¿Le molesta la forma en que la gente considera su enfermedad?

(I-29).42 ¿Siente envidia de la salud de los demás?

(I-28).42 ¿Le importa que la gente se dé cuenta de que usted está enfermo?

En la factorización de Pilowsky, los reactivos 32, 9 y 29 pertenecen a la escala de hipocondriasis general (GH); por otro lado, el mismo reactivo 9, junto con los reactivos 8 y 33, pertenecen al índice de hipocondriasis, de Whiteley (WI). Debido a lo anterior nosotros denominamos a este factor "hipocondriasis", que consiste en una percepción distorsionada del propio estado de salud, caracterizado como falta de autocontrol sobre la propia vida, con suspicacia y agresividad hacia otros, y, envidia de la salud de los demás.

Zonderman, Heft y Costa encontraron una dimensión (factor I) a la que ellos llamaron "preocupación por la salud", la cual se compone de 14 reactivos que incluyen los reactivos 9, 28, 29 y 32 de nuestro factor.

Pilowsky (1993) encontró una dimensión (factor VII) que consta de cinco reactivos y que coincide parcialmente con el nuestro (reactivos 9, 28 y 32). Sin embargo, debido al peso y a la posición de los reactivos dentro de dicho factor, éste adquiere unas características diferentes al nuestro; es por esto que Pilowsky lo denomina "sensibilidad interpersonal".

Cuarto factor. Tiene una varianza explicada de 2.82 que supone 4.55 % de la varianza total. Consta de los siguientes factores:

(I-27).74 ¿Aparte de su enfermedad tiene algún otro problema en su vida?

(I-43).71 ¿Tiene algún problema familiar?

(I-60).68 ¿Tiene algún otro problema personal que no tenga nada que ver con su enfermedad?

(I-31).47 ¿Tiene problemas económicos?

Estos reactivos nos describen una dimensión de "negación", entendida en el mismo sentido que le otorga Pilowsky, es decir, como una tendencia a negar las tensiones de la vida y a atribuir todos los problemas a los efectos de la enfermedad. Nuestro factor coincide con el factor VI (D) del referido autor, con excepción del reactivo 55, que no encontramos.

Nieto encontró la misma dimensión (factor IV) aunque, en su caso, enriquecida con los reactivos 52 y 55. En su muestra de 693 sujetos, Llor encontró una escala (factor IV) igual a la nuestra en todos sus reactivos.

Byrne y Whyte encontraron en su estudio una dimensión (factor II) a la que denominaron "predisposición psicosocial", la cual contiene los 4 reactivos de nuestro factor, además de los reactivos 52 y 57.

De los otros dos estudios a los que venimos haciendo referencia del de Pilowsky, Spence y Waddy, y del de Pilowsky y Spence, se obtuvieron resultados parecidos al nuestro, aunque con ligeros matices, éstos son el factor I y el factor III, respectivamente.

Zonderman, Heft y Costa, obtuvieron una dimensión (factor V) similar a la nuestra, salvo el reactivo 55, que no encontramos. Su factor es una réplica exacta del factor VI de Pilowsky, aunque éste le cambió el nombre, denominándolo "*sin problemas de la vida*".

Pilowsky (1993) obtuvo un factor que contiene todos los reactivos del nuestro, pero, además, enriquecido con los reactivos 46 y 55.

Quinto factor. Presenta una varianza explicada de 2.42, que supone 3.90 % de la varianza total. Consta de 3 reactivos:

(I-06).61 ¿Cree que es más propenso a contraer enfermedades que las demás personas?

(I-34).53 ¿Frecuentemente se preocupa por la posibilidad de haber contraído una enfermedad grave?

(I-38).47 ¿Si en algún sitio se comenta algo acerca de una enfermedad piensa que la va a contraer?

Se trata de una dimensión a la que hemos denominado "obsesión por la salud", que a diferencia de la dimensión "hipocondriasis", se caracteriza básicamente por una preocupación fóbico-obsesiva sobre el propio estado de salud, que impregnaría toda la vivencia del sujeto. Coincide con el factor I (GH) Pilowsky en el reactivo 38 y con el factor VI del mismo autor en los reactivos 34 y 38.

Sólo coincide con el factor I Byrne y Whyte en los reactivos 6 y 38, así como el factor V de Pilowsky, Spence y Waddy, coincide con nosotros en el reactivo 38.

Zonderman, Heft y Costa, a quienes nos referimos a propósito de nuestro factor III, encontró en su estudio el factor I, al cual denominó "preocupación por la salud" y que incluye a nuestros reactivos.

Pilowsky (1993) encontró el factor I, que está compuesto por 6 reactivos, de los cuales dos son nuestros (34 y 38). Este autor llamó a esta dimensión "hipocondriasis general".

Sexto factor. Presenta una varianza explicada de 2.01, que supone 3.25 % de la varianza total. Presenta los siguientes reactivos:

(I-35)-.60 ¿Duerme bien?

(I-45)-.59 ¿Come bien?

(I-25).40 ¿Su enfermedad afecta sus relaciones sexuales?

A esta dimensión la hemos denominado "percepción de las funciones biológicas". Se puede interpretar como el grado de satisfacción-insatisfacción en que percibe el sujeto sus funciones biológicas. En la bibliografía que revisamos no encontramos ningún factor como éste.

Séptimo factor. Presenta una varianza explicada de 1.89, que representa 3.05 % de la varianza total. Lo conforman 4 reactivos:

(I-58).67 ¿Se le nota fácilmente cuando está enfadado con otra persona?

(I-51).48 ¿Se enfada fácilmente?

(I-61).48 ¿La gente lo saca fácilmente de quicio haciéndolo perder la paciencia?

(I-56).40 ¿Se entiende más irritable con los demás?

Se trata de una dimensión a la que hemos llamado "enfado y disgusto interpersonal" por el contenido de sus reactivos. Esta dimensión se puede interpretar como el grado de intolerancia de los pacientes a la frustración, con sentimientos de irritabilidad y respuestas heteroagresivas. Coincide plenamente con el factor VIII de Nieto, aunque en nuestro caso está enriquecido con el reactivo 56, y con el factor VI de Llor en todos los reactivos. Así mismo, coincide parcialmente con el factor VII (I) de Pilowsky y con el factor IV de Pilowsky, Spence y Waddy en los reactivos 51 y 61

Coincidimos parcialmente con el factor VI de Pilowsky (1993) en los reactivos 51, 56 y 61. La diferencia estriba en que a nosotros se nos presenta además el reactivo 58, mientras que a este autor se le presentan los reactivos 4 y 17

Octavo factor. Presenta una varianza explicada de 1.84, que supone el 2.97 % de la varianza total. Está compuesto por 4 reactivos:

(I-53).70 ¿Prefiere guardarse sus sentimientos que comunicárselos a otras personas?

(I-62).61 ¿Le cuesta mucho trabajo expresar sus sentimientos a las demás personas?

(I-36).55 ¿Cuando se enfada tiende a callarse y a no manifestar sus sentimientos?

(I-22)-.51 ¿Tiene facilidad para expresar sus sentimientos particulares a otras personas?

A esta dimensión la hemos denominado "inhibición afectiva" que coincide con el factor del mismo nombre de Nieto (factor VII), Llor (factor VIII) y Pilowsky (factor IV), con excepción del reactivo 58 que este último autor encontró y nosotros no. Esta es una dimensión que expresa dificultad para manifestar sentimientos personales a los demás, especialmente los negativos. Pilowsky, Spence y Waddy con su factor III; Pilowsky y Spence con su factor V, Zonderman, Heft y Costa con su factor III, así como Pilowsky (1993) con su factor III obtuvieron resultados parecidos a los nuestros aunque con algunos matices.

Noveno factor. Presenta una varianza explicada de 1.82, que supone 2.94 % de la varianza total. Consta de los siguientes reactivos:

(I-02).45 ¿Cree que algo no funciona bien en su cuerpo?

(I-55).40 ¿Si se encontrara bien de salud desaparecerían todos sus problemas?

Este factor no aparece en ninguna de las factorizaciones antes comentadas, y tanto por su contenido como por el peso de sus reactivos podemos considerarlo como residual.

Décimo factor. Presenta una varianza explicada de 1.74, que supone 2.80 % de la varianza total. Está compuesto por 3 reactivos:

(I-14).58 ¿Cree que otras personas comprenden lo que significa estar enfermo?

(I-23).48 ¿La gente se compadece de usted cuando está enfermo?

(I-42).47 ¿Trata frecuentemente de explicar a los demás cuál es su estado de salud?

A esta dimensión la hemos denominado "búsqueda de aceptación del rol de enfermo", que se puede interpretar como el buscar que su entorno social acepte su rol de enfermo mostrándole compasión o lástima. En la bibliografía revisada no se encontró ningún factor como éste.

Factor once. Presenta una varianza explicada de 1.69, la cual representa 2.74 % de la varianza total. Está compuesto por 2 reactivos:

(I-19).66 ¿Conoce a alguien que haya tenido la misma enfermedad que usted?

(I-10).43 ¿Cree usted estar frecuentemente pendiente de lo que sucede en su cuerpo?

Al igual que el factor IX, consideramos esta dimensión como residual, tanto por el contenido como por el peso de sus reactivos:

Factor doce. Nos presenta una varianza explicada de 1.66 que supone 2.68 % de la varianza total. Consta de los siguientes 4 reactivos:

(I-13).51 ¿Cuando se siente enfermo o preocupado puede animarlo el médico fácilmente?

(I-40).46 ¿Le preocupa la apariencia física de su cara o de su cuerpo?

(I-20).45 ¿Es usted más sensible al dolor que las demás personas?

(I-21).42 ¿Teme a la enfermedad?

Este último factor presenta el valor de varianza más bajo de todos los anteriores, sin embargo está compuesto por 4 reactivos. No hemos encontrado ninguna dimensión parecida en la bibliografía que revisamos. Por lo anterior, y por el peso y el contenido de los reactivos que los conforman, consideramos a este factor como residual.

Discusión

La factorización que llevamos a cabo permitió demostrar que la estructura factorial de la escala no está bien establecida; este hecho lo mencionamos al comentar la bibliografía.

En primer lugar, al comparar nuestros factores con los de Nieto, obtuvimos una réplica exacta en el factor "inhibición afectiva". También encontramos dimensio-

nes equivalentes con algunas variaciones en la denominación y en el contenido de los reactivos, como en el caso de los factores "disturbio afectivo", "convicción de estar enfermo", "negación" y "enfado y disgusto interpersonal". En cuanto al estudio de LLOR, hay una réplica exacta en los factores "negación", "enfado y disgusto interpersonal" e "inhibición afectiva". Al igual que en el estudio de Nieto, encontramos aquí otras dimensiones cuya denominación y contenido de los reactivos tienen algunas variaciones, pero que son equivalentes: "disturbio afectivo" y "convicción de estar enfermo".

Respecto a los resultados obtenidos por Pilowsky en su factorización original, observamos que ninguno de sus factores coincide plenamente con los nuestros, aunque algunos son equivalentes: "disturbio afectivo", "convicción de estar enfermo", "negación", "inhibición afectiva" y "enfado y disgusto interpersonal" (irritabilidad).

También coincidimos parcialmente con Pilowsky (1993) en los factores "inhibición afectiva", "disturbio afectivo", "negación e irritabilidad".

En segundo lugar, los reactivos de las dimensiones "hipocondriasis", de Nieto y de Llor, así como la de "hipocondriasis general" e "índice de hipocondria", de Whiteley de Pilowsky, se encuentran repartidos muy parcialmente entre nuestros factores III y V, que nosotros denominamos "hipocondriasis y obsesión por la salud", respectivamente. Sin embargo, a pesar de que estos dos factores tienen algunos caracteres comunes, presentan matices que definen su singularidad.

En tercer lugar, hay factores descritos por Nieto que no obtuvimos nosotros, como "actitud paranoide", "aceptación del rol de enfermo", "confianza en el médico" y "dificultad para relacionarse con los demás". Los factores descritos por Llor, como: "actitud paranoide", "relación médico paciente" y "dificultad para relacionarse

con los demás", tampoco los obtuvimos. Tampoco obtuvimos el factor de Pilowski, denominado "percepción psicológica" *Versus* "percepción somática de la enfermedad". Tampoco obtuvimos los factores obtenidos por Pilowsky, (1993) como "sensibilidad interpersonal", "grado de reacción a las indicaciones tranquilizadoras del médico", "Impacto de la enfermedad" y "auto-evaluación".

En cuarto lugar, contamos con 2 nuevos factores a los que hemos denominado: "búsqueda de aceptación del rol de enfermo" y "percepción de las funciones biológicas".

En quinto lugar, de los 62 reactivos del cuestionario, 16 de ellos no intervienen en ningún factor. Estos son: 1, 4, 5, 7, 11, 15, 17, 24, 30, 37, 39, 41, 44, 49, 52 y 57. Asimismo, hay dos reactivos (el 51 y el 56) que intervienen en dos factores a la vez.

En resumen, con estos resultados creemos haber puesto de manifiesto nuestra intención de adaptar el IBQ a una población andina. La estructura factorial hallada difiere, como es lógico pensar, de la encontrada de Pilowsky y otros autores anglosajones y, por el contrario, sí se aproxima más a la estructura factorial encontrada en la población clínica española, lo que permite inferir que hay una posible influencia de los factores culturales en la forma de pensar, sentir y actuar en relación con la enfermedad de dicha población andina.

Pese al indudable mérito de su aportación, creemos que tanto la concepción teórica como el instrumento creado por Pilowsky, presentan limitaciones que deben ser subsanadas. En este sentido estamos trabajando en la elaboración de un nuevo cuestionario sobre la conducta del enfermo, que recoja los aspectos de la misma que no se hayan incluido hasta ahora, y que se adecúe a la realidad lingüística y cultural de nuestros pacientes.

REFERENCIAS

1. BARONDESS J: Disease and illness. A crucial distinction. *American Journal Medicine*, 66:375-376, 1979.
2. BYRNE D, WHYTE M: Dimensions of illness behaviour in survivors of the myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Research*, 22:485-492, 1978.
3. BYRNE D: Patterns of illness behaviour following heart attack. *Psychotherapy Med*, 5:153-162, 1987.
4. CLAYER JR: Neurosis and conscious symptom exaggeration: its differentiation by the illness behaviour questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 28:237-241, 1984.
5. COE RM: *Sociología de la Medicina*. Alianza Editorial. Madrid, 1973.
6. COTT A: The disease-illness distinction: A model for effective and practical integration of behaviour and medical sciences. En: McHugh, Vallis (eds). *Illness Behaviour. A Multidisciplinary Model*. Plenum Press. Nueva York, Londres, 1986.
7. DEIGHTON CM: Problem patients in general-practice. Identifying young-women with recurrent abnormal illness behaviour. *Royal College General Practitioners*, 35:466-470, 1985.
8. DEMJEN S: Illness behaviour and chronic headache. *Pain*, 10:221-299, 1981.
9. ENGEL G: The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196:129-136, 1977.
10. FAVA G Y COLS: Depressive symptoms and abnormal illness behaviour in general hospital patients. *Gen Hosp Psychiatry*, 4:171-178, 1982.
11. KLEINMAN A: Illness meanings and illness behaviour. En: McHugh, Vallis (Eds). *Illness Behaviour. A Multidisciplinary Model*. Plenum Press. Nueva York y Londres, 1986.
12. LLOR B: Estudio de la conducta de enfermedad en pacientes crónicos. Tesis doctoral. Universidad de Murcia, 1991.
13. MAIN C J, WADDELL G: Psychometric construction and validity of the Pilowsky illness behaviour questionnaire in British patients with chronic low-pain. *Pain*, 28:13-25, 1987.
14. MAYOU R: Sick role, illness behaviour and coping. *British Journal of Psychiatry*, 14:320-322, 1984.
15. McHUGH S, VALLIS: *Illness Behaviour. A Multidisciplinary Model*. Plenum Press. Nueva York y Londres, 1986.
16. MECHANIC D: The concept of illness behaviour. *J Chron Dis*, 15:189-194, 1962.
17. MECHANIC D: Illness behaviour: An overview. En: McHugh, Vallis (eds.). *Illness Behaviour. A Multidisciplinary Model*. Plenum Press. Nueva York y Londres, 1986.
18. MORALES MJM: Conducta de enfermedad. I Reunión Nacional sobre Psicología y Medicina. Valencia. 1986.

19. MORALES MJM: ¿Qué es Psicología Médica?. *Psiquiatría Dinámica y Psicoterapia*, 1:19-24, 1989.
20. MORALES MJM y cols.: Conducta de enfermedad en pacientes geriátricos. En: Hayfilck, Barcia y Miquel (eds.) *Aspectos Actuales del Envejecimiento Normal y Patológico*. Ed. Libro del año. Madrid, 1990.
21. NIETO J: La conducta anormal de enfermedad: Estudio empírico en población española. Tesis doctoral. Universidad de Murcia, 1986.
22. NIETO J y cols: Factorización del cuestionario de conducta de enfermedad (IBQ) de Pilowsky en población clínica española. *Anales de Psiquiatría*, 3:104-107. 1989.
23. NIETO J y cols: Conducta de enfermedad. Un intento de identificación de tipos clínicos. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*. XVII:53-58, 1989.
24. PARSONS T: *The Social System*. Free Press. Nueva York, 1951.
25. PILOWSKY I: Abnormal illness behaviour. *British Journal of Psychiatry*, 113:90-93, 1969.
26. PILOWSKY I: The diagnosis of abnormal illness behaviour. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 5:136-138, 1971.
27. PILOWSKY I: Patterns of illness behaviour in patients with intractable pain. *J Psychosom Res* 19:279-287, 1975.
28. PILOWSKY I: A general classification of abnormal illness behaviour. *Br J Med Psychol*, 51:131-137, 1978.
29. PILOWSKY I: Abnormal illness behaviour and sociocultural aspects of pain. En: HW Kosterlitz, L Y Terenivis (Eds.) *Pain and Society*, Verlag Chemie, 445-460. Weinheim 1980.
30. PILOWSKY I: Abnormal illness behaviour. *Psychiatr Med*. 5:85-91, 1987.
31. PILOWSKY I: Dimensions of illness behaviour as measured by the Illness Behaviour Questionnaire: A replication study. *Journal of Psychosomatic Research*, 37:53-62, 1993.
32. PILOWSKY I, SPENCE N, WADDY JL: Illness behaviour and coronary artery bypass surgery, *J Psychosom Res*. 23:39-44, 1979.
33. PILOWSKY I, SPENCE N: *Manual for the Illness Behaviour Questionnaire (IBQ)*. (2ª ed.). Department of Psychiatry. University of Adelaide, 1983.
34. ZONDERMAN A y cols.: Does the Illness Behaviour Questionnaire measure abnormal illness behaviour? *Health Psychology*, 4:425-436, 1985.