

ADAPTACIÓN DEL INVENTARIO REVISADO DE CONDUCTAS PROBLEMÁTICAS RELACIONADAS CON ASMA PARA SU USO CON ASMÁTICOS ESPAÑOLES

L.M. Pascual Orts
A. Belloch Fuster

Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos.
Facultad de Psicología. UNIVERSIDAD DE VALENCIA.

RESUMEN

En este artículo se examinan los problemas comportamentales asociados al manejo del asma en una muestra de 100 pacientes asmáticos adultos de consultas externas (57 mujeres, 43 hombres; de 17 a 69 años). Todos ellos cumplimentaron el Inventario Revisado de Conductas Problemáticas asociadas al Asma (ICPA-R). También se obtuvieron medidas acerca de la duración del asma, su severidad y automanejo (expectativas de autoeficacia y utilización de cuidados de salud), disnea y VEMS. Las áreas relacionadas con las emociones y las conductas que podrían precipitar ataques de asma fueron las que obtuvieron mayores índices de fiabilidad de Cronbach. La validez concurrente de criterio se examinó primero, mediante correlaciones Pearson entre las puntuaciones del ICPA-R y los datos clínicos sobre asma (duración, VEMS y disnea); y segundo, examinando las diferencias en el ICPA-R entre tres grupos de pacientes establecidos según la severidad de su asma (ANOVAs). El grupo de asmáticos más severos mostraba más problemas comportamentales relacionados con los estilos de vida y automanejo de su asma, y mostraban

más consecuencias psicológicas y físicas negativas relacionadas con la enfermedad. En conclusión, para considerar el ICPA-R como un instrumento válido para evaluar los problemas comportamentales asociados al asma en pacientes españoles, se debería depurar la composición del cuestionario para mejorar la fiabilidad y minimizar la deseabilidad social, a fin de asegurar su utilidad como un instrumento capaz de detectar conductas problemas relacionadas con el asma.

Palabras clave: ASMA Y CONDUCTA, AUTOMANEJO DEL ASMA, SÍNTOMAS DE ASMA, CUESTIONARIOS DE ASMA.

SUMMARY

Behavioral problems associated to asthma manegemet was examined in a group of 100 asthma adult Spanish outpatients (57 women, 43 men; 17 to 69 years of age). All of them fulfilled the Revised Asthma Problem Behavior Checklist (RAPBC). Data about duration, severity, and self-management of asthma (self-efficacy expectancies and health care utilization), as well as dyspnea and VEMS were also recorded. The highest reliability Cronbach' indexes were for the domains related to emotions and behaviors that could precipatate asthma attacks. Concurrent criterion validity was examined firstly, by Pearson correlations between the RAPBC scores and clinical data about asthma (duration, VEMS and dyspnea), and secondly, examining the differences among three severity groups of patients in their RAPBC scores (ANOVAs). The group of severe patients reported more behavioral problems associated to poor life styles and self-managing of their asthma, and showed more psychological and physical negative consequences related to asthma. In conclusion, for considerer the RAPBC as a valid instrument to assess the behavioral problems associated to asthma in spanish patients, the questionnaire composition and social deseability should be improved, in order to ensure its utility as a screening instrument for behavioral related problems with asthmatic.

Key words: ASTHMA AND BEHAVIOR, ASTHMA SELF-MANAGEMENT, ASTHMA SYMPTOMS, ASTHMA QUESTIONNAIRES.

INTRODUCCIÓN

Un área de máximo interés para los investigadores en psicología de la salud es la identificación de conductas y emociones que estén interfiriendo positiva o negativamente con la salud de las personas. En el asma, esta tarea es manifiestamente importante por el papel que pueden desempeñar estos factores en el mantenimiento y evolución de la enfermedad. Por ello es necesario el desarrollo de instrumentos que nos permitan evaluar tales conductas y emociones de un modo fiable. Desde esta perspectiva, se construyó el Inventario Revisado de Conductas Problemáticas relacionadas con el Asma (ICPA-R; Creer, Wigal, Tobin, Kotses, Snyder y Winder, 1989) que se deriva de un inventario previo de conductas problemáticas de asma, diseñado para niños, que fue desarrollado por el mismo grupo investigador en el Instituto-Hospital para la Investigación de Niños Asmáticos de Denver (Creer, Marion y Creer, 1983). El cuestionario evalúa las conductas de los asmáticos adultos y concreta posibles conductas que pueden afectar a un paciente antes y durante un ataque de asma, y también como consecuencia de la enfermedad. Además, indica el grado en que estas conductas son percibidas por el paciente como factores que influyen en sus acciones o comportamientos.

El grupo de investigación de Creer adopta una aproximación conductual a la problemática del asma y con este cuestionario pretende registrar, tanto los estímulos psicológicos que desencadenan y/o agravan ataques de asma (emociones y comportamientos), como las consecuencias que el asma tiene para el mismo paciente y en su entorno social más inmediato: su familia. Es decir, adopta el planteamiento característico de un análisis funcional de la conducta. Sobre estas bases aspira a elaborar un inventario que evalúe las conductas-problema de los asmáticos adultos y que sirva por tanto para poner de manifiesto conductas que requieran cambio, lo que podría incluso dar lugar a utilizar el cuestionario como variable dependiente en las intervenciones que se realicen con estos pacientes.

Por tanto, el cuestionario puede ser de interés para evaluar de una manera estandarizada los comportamientos asociados a los

ataques asmáticos y así poder diseñar, de un modo más riguroso, las intervenciones sobre estas conductas, utilizando el cuestionario como una variable dependiente. El presente trabajo pretende examinar la utilidad del cuestionario en la población española, para lo que examinaremos sus propiedades psicométricas y los tipos de respuesta ofrecidos en comparación con el cuestionario original. Al mismo tiempo, examinaremos la validez de constructo del mismo, utilizando por ello diversos indicadores clínicos, típicamente empleados con este tipo de pacientes.

MÉTODO

Sujetos

La muestra de sujetos se componía de 100 pacientes asmáticos adultos que recibían atención médica en los servicios de consultas externas del Servicio de Neumología del Hospital "La Fe" (Valencia, España). Los sujetos tenían una media de edad de 39,27 (16,55) años, con edades comprendidas entre los 15 y los 69 años. La mayoría de los pacientes eran mujeres (57%), con estudios primarios (62%), que provenían de la ciudad de Valencia o su área metropolitana. El comienzo de los síntomas se sitúa en torno a los 26.87 (18.41) años, con una media de duración del asma de 11,85 (11,73) años. El diagnóstico de asma era establecido de acuerdo con los criterios de la *American Thoracic Society* (1987). En el momento del estudio su situación clínica era estable. La media del volumen expiratorio máximo en un segundo (VEMS) era de 87,2% (21,07%). Todos los pacientes tomaban aerosoles agonistas β_2 -adrenérgicos y esteroides inhalados. La distribución de la muestra en función de la gravedad fue la siguiente: 18% tenían asma leve, el 63% asma moderada y el 18% restante fue clasificado como asmáticos severos. La muestra se clasificaba atendiendo a la gravedad según los criterios del *International Consensus Report* (1992). Estos criterios apelan a diversos indicadores clínicos ampliamente aceptados, entre los que cabe destacar los siguientes: frecuencia y tipo de la sintomatología presentada, grado y variabilidad de la función pulmonar medida mediante el VEMS o el PEF (pico de flujo

expiratorio), medicación habitual que necesita el paciente para poder tener el asma controlada, hospitalizaciones y limitación de actividades. Durante el año anterior, el 44,7% de los pacientes utilizó el servicio de urgencias, fue hospitalizado y/o necesitó de la Unidad de Cuidados Intensivos.

Datos Clínicos

Los datos clínicos relacionados con el asma y su estado actual fueron los siguientes: 1) Duración del asma, medidos por el número de años desde que el paciente fue diagnosticado como asmático. 2) Severidad del asma, determinada para cada paciente como leve, moderada o severa según las bases establecidas por el *International Consensus Report* (1992). 3) Severidad del asma, definida como "el grado de interferencia causada por el asma en sus actividades diarias" y estimada por el propio paciente sobre una escala de diez puntos, siendo 0= "ninguna interferencia" y 10= "el máximo de interferencia". 4) Grado de disnea, definida como "sensación de ahogo" y estimada por el paciente sobre una escala de cuatro puntos, desde 1 ("máximo esfuerzo") a 4 ("mínimo esfuerzo"). 5) Grado de obstrucción de la vías aéreas (VEMS).

Cuestionarios

Inventario Revisado de Conductas Problemáticas relacionadas con el Asma (Anexo I). El cuestionario de 76 ítems fue agrupado, en nuestro estudio, en nueve áreas para facilitar el tratamiento estadístico de los datos obtenidos. Las áreas referidas fueron denominadas: adherencia al tratamiento (ítems 1 a 6), estilos de vida saludables (ítems 7 a 12), conductas precipitantes de ataques de asma (ítems 13 a 20), emociones precipitantes de ataques de asma (ítems 21 a 28), conductas de automanejo del asma (ítems 29 a 34), respuesta social al asma (ítems 35 a 38), consecuencias psicológicas del asma (ítems 39 a 52), consecuencias físicas del asma (ítems 53 a 62) y consecuencias familiares del asma (ítems 63 a 76). Se extrajeron nueve puntuaciones diferentes obtenidas

por la media de las puntuaciones de los ítems y del mismo modo se obtuvo una puntuación total del cuestionario. Una puntuación baja indica la ausencia de comportamientos problemáticos relacionadas con el asma. La puntuación de determinados ítems fue invertida para obtener que las puntuaciones indicasen el mismo sentido de interpretación (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 8, 9, 10, 11, 29, 30, 31, 32, 33, 35, 36, 37 y 38). El ICPA-R fue sometido a un doble proceso de traducción. Primero se tradujo del inglés al castellano y la redacción fue corregida por jueces independientes. Una vez redactada la traducción con las consiguientes correcciones, fue traducida de nuevo al inglés por un psicólogo angloparlante, a fin de asegurarnos que la traducción se correspondía fielmente con el sentido original.

Expectativas de autoeficacia. Construimos un cuestionario específico, como el realizado en el estudio de Alabama con el Listado de Síntomas de Asma (Brooks, Richard, Bailey, Martin, Windsor y Soong, 1989), para evaluar la percepción subjetiva de los pacientes sobre su habilidad para manejar su asma. Se evaluaron tres habilidades diferentes: 1) Capacidad percibida para reconocer los signos de un ataque de asma. 2) Capacidad percibida para prevenir ataques de asma. Y 3) Capacidad para controlar el asma. Cada una de las expectativas se contestaba en una escala de 10 puntos con los extremos: "Nada capaz" y "Completamente capaz".

Utilización de cuidados de salud. Como en el estudio de Alabama (1987), nosotros también evaluamos los cuidados de salud relacionados con el asma que utilizaron los pacientes durante el último año. Se registraron cinco tipos de cuidados referidos a problemas respiratorios: 1) Llamar por teléfono a un médico, 2) Visitar a un médico, 3) Ir al servicio de urgencias, 4) Ser hospitalizado y 5) Ser ingresado en la Unidad de Cuidados Intensivos. Se obtenían cinco puntuaciones correspondientes al número de veces que el paciente utilizaba alguno de estos cuidados durante el pasado año.

Procedimiento

Los sujetos respondían al cuestionario como parte de una investigación general acerca de las relaciones entre factores psicológicos

y asma en adultos. Si los pacientes accedían a formar parte de la investigación, un psicólogo les entrevistaba para excluir cualquier caso de trastorno mental severo e inmediatamente después el paciente rellenaba el ICPA-R en su presencia. Posteriormente, un médico evaluaba el estado actual de su asma. Esta valoración se realizaba en función de criterios clínicos estandarizados que contenían los datos comentados previamente. Al día siguiente, los pacientes completaban los datos referentes a las expectativas de autoeficacia y a la utilización de los cuidados de salud; seguidamente se evaluaba el estado actual de obstrucción (VEMS). Todas las pruebas se realizaron entre las 9:00 y las 13:00 horas.

Análisis estadísticos

En primer lugar se examinaron los estadísticos básicos de las variables consideradas: media y desviación estándar en las variables de intervalo; y número de observaciones y porcentajes en las variables dicotómicas. En segundo lugar analizamos la fiabilidad (consistencia interna) del ICPA-R mediante los resultados obtenidos en las medidas de tendencia central, dispersión, coeficientes α de Cronbach, correlaciones (Pearson) entre los ítems y la puntuación de la escala y ANOVAs entre los ítems de la escala. Además, comprobamos la validez de criterio concurrente del inventario mediante las correlaciones entre las puntuaciones de cada área y los datos clínicos; y también a través de ANOVAs 3 (Consensus) x 1 (ICPA-R) para cada una de las áreas. Realizamos por último, *pruebas post hoc* Scheffé para determinar la fuente de las diferencias obtenidas en los ANOVAs. Todos los análisis se realizaron mediante el paquete estadístico SPSS/PC+.

RESULTADOS

En la tabla 1 se muestran las principales características de los pacientes. En ella se puede observar que el juicio de severidad que los pacientes realizan acerca de su asma es de 'moderado'. Con

respecto a las expectativas de autoeficacia, los pacientes muestran una confianza moderada en su capacidad de manejo de la enfermedad; mientras que la utilización de los cuidados de salud durante el último año es relativamente baja, exceptuando las visitas al médico, lo que indica que existe un seguimiento regular por parte del médico.

TABLA 1.- Características de los pacientes

VARIABLE	NÚMERO (%)	RANGO	MEDIA (SD)
Hombres	43 (43%)		
Mujeres	57 (57%)		
Edad		17-69	39.27 (16.55)
<i>Datos clínicos</i>			
Duración del asma (años)		0-57	11.85 (11.73)
Severidad percibida (paciente)		1-10	5.00 (2.17)
Disnea		1-4	1.88 (0.80)
VEMS		20-118	87.20 (21.07)
<i>Expectativas de autoeficacia para:</i>			
Reconocer los signos de un ataque		0-10	6.62 (3.06)
Prevenir los ataques		0-10	5.71 (3.52)
Controlar el asma		0-10	5.87 (3.26)
<i>Utilización de los cuidados de salud:</i>			
Llamar por teléfono a un médico		0-6	0.25 (0.92)
Visitar a un médico		1-15	4.85 (2.95)
Ir a urgencias		0-5	0.84 (1.23)
Ser hospitalizado		0-3	0.44 (0.72)
Unidad de Cuidados Intensivos		0-1	0.07 (0.25)

Al analizar las respuestas a los ítems, comprobamos que tan solo el 51,3% de los ítems fue contestado por todos los pacientes. El resto de preguntas muestra alguna omisión a pesar de las instrucciones expresas que figuran en el cuestionario de contestar a cada una de ellas y que fue remarcada por el entrevistador. Al examinar el tipo de ítems que no son contestados vemos que una parte de ellos son formulados como preguntas abiertas, al final de cada apartado (ítems 38, 47, 53 y 62), pero existen otros ítems que no son preguntas abiertas (8, 36 y 37), donde debe resaltarse el porcentaje de omisiones existente (superior al 4%).

ESCALA	ÍTEM	MEDIA (DE)	r con el Total	r con su escala	α de Cronbach	α si se elimina el ítem
Adherencia al tratamiento	1	1.35 (0.59)	.16	.31	.51	.46
	2	1.62 (0.83)	.31	.62		.29
	3	1.61 (0.81)	.34	.45		.38
	4	1.67 (1.31)	.30	.19		.53
	5	1.89 (1.23)	-.01	.33		.42
	6	1.34 (0.68)	.21	-.18		.61
TOTAL		1.50 (0.49)	.44			
Estilos de vida saludables	7	1.77 (1.40)	.31	.30	.25	.04
	8	2.34 (1.45)	-.01	-.13		.41
	9	3.05 (1.59)	-.14	-.21		.11
	10	2.23 (1.20)	.44	-.04		.32
	11	3.37 (1.45)	.45	.21		.12
	12	1.94 (0.90)	-.04	.17		.19
TOTAL		2.05 (0.67)	.46			
Conductas precipitantes de ataques de asma	13	1.41 (1.07)	.34	.60	.81	.78
	14	2.13 (1.33)	.41	.48		.80
	15	2.50 (1.34)	.38	.55		.79
	16	1.64 (0.94)	.25	.21		.82
	17	1.68 (1.10)	.49	.67		.77
	18	1.85 (1.17)	.33	.54		.79
	19	2.11 (1.29)	.33	.50		.79
	20	1.94 (1.22)	.48	.68		.76
TOTAL		1.95 (0.77)	.63			
Emociones precipitantes de ataques de asma	21	1.79 (1.13)	.50	.79	.90	.87
	22	1.98 (1.19)	.58	.76		.88
	23	1.35 (0.73)	.35	.64		.89
	24	1.35 (0.79)	.24	.46		.90
	25	1.43 (0.90)	.28	.67		.89
	26	1.52 (0.94)	.53	.65		.89
	27	1.74 (1.04)	.44	.77		.88
	28	1.86 (1.19)	.38	.76		.88
TOTAL		1.64 (0.78)	.60			
Conductas de automanejo	29	1.76 (1.29)	.11	-.04	-.17	-.28
	30	2.35 (1.52)	-.03	-.15		.00
	31	1.95 (1.29)	-.08	.10		-.38
	32	1.47 (0.89)	.09	.04		-.24
	33	1.38 (0.90)	-.02	.10		-.30
	34	2.44 (1.57)	.30	-.30		.23
TOTAL		1.86 (0.50)	.30			
Respuesta social	35	1.79 (1.35)	.04	.59	.68	.54
	36	1.46 (0.84)	.15	.29		.71
	37	2.77 (1.66)	.02	.55		.55
	38	2.89 (1.61)	.07	.48		.61
TOTAL		2.21 (1.01)	.16			
Conse- cuencias psicológicas	39	2.43 (1.32)	.25	.31	.79	.79
	40	1.52 (0.99)	.43	.57		.77
	41	1.74 (1.10)	.49	.43		.78
	42	1.80 (1.32)	.39	.38		.79
	43	1.14 (0.46)	.02	-.00		.80
	44	1.01 (0.12)	.10	.27		.80
	45	1.46 (0.82)	.16	.23		.79
	46	2.19 (1.32)	.10	.25		.80
	47	1.50 (0.99)	.35	.41		.78
	48	2.01 (1.26)	.72	.67		.76
	49	2.00 (1.20)	.51	.61		.76
	50	1.64 (1.06)	.57	.56		.77
	51	1.73 (1.08)	.63	.65		.76
	52	1.31 (0.72)	.48	.44		.78
TOTAL		1.69 (0.58)	.80			

ESCALA	ÍTEM	MEDIA (DE)	r con el Total	r con su escala	α de Cronbach	α si se elimina el ítem
Conse- cuencias físicas	53	1.32 (.68)	.31	.29	.60	.60
	54	1.89 (1.30)	.15	.15		.62
	55	1.77 (1.13)	.37	.44		.54
	56	1.83 (1.21)	.28	.10		.63
	57	1.58 (1.03)	.25	.31		.58
	58	2.46 (1.31)	.40	.48		.52
	59	2.46 (1.30)	.39	.47		.53
	60	2.25 (1.27)	.32	.36		.56
	61	1.67 (0.99)	.24	.35		.57
	62	1.58 (1.04)	.08	.00		.64
	TOTAL	1.99 (0.62)	.65			
Conse- cuencias familiares	63	1.83 (1.30)	.08	.26	.68	.68
	64	1.35 (0.82)	.58	.60		.62
	65	1.43 (0.92)	.64	.54		.63
	66	1.71 (1.15)	.47	.48		.63
	67	1.17 (0.67)	.12	.02		.69
	68	2.17 (1.35)	.28	.50		.63
	69	1.28 (0.73)	.09	.19		.68
	70	2.13 (1.21)	.22	.35		.66
	71	1.14 (0.43)	.12	.06		.68
	72	1.26 (0.68)	.42	.11		.68
	73	1.10 (0.43)	.33	.14		.68
	74	1.08 (0.37)	.23	.38		.66
	75	1.08 (0.41)	.18	.30		.67
	76	1.11 (0.50)	.17	.24		.67
	TOTAL	1.40 (0.35)	.68			
PUNT. TOTAL		1.77 (0.34)			.87	

Además de ello, al analizar los porcentajes de respuesta, destaca la gran cantidad de preguntas cuya distribución en las respuestas está decantada hacia una de las posibles alternativas de respuesta. En concreto existen 5 ítems (ítems 1, 32, 33, 35 y 36) cuyos porcentajes muestran que más del 70% de los pacientes entrevistados contestan que 'siempre' realizan el comportamiento citado y 28 ítems (ítems 4, 6, 7, 13, 23, 24, 25, 26, 40, 43, 44, 45, 47, 52, 53, 57, 62, 64, 65, 66, 67, 69, 71, 72, 73, 74, 75, y 76) con los que sucede lo contrario, ya que más del 70% responden a la opción de 'nunca'. Entre estos últimos ítems queremos destacar aquellos que obtiene un porcentaje de respuesta superior al 90%. Estos ítems se refieren principalmente al comportamiento de la familia en relación con el asma del paciente; de acuerdo con los resultados los miembros de la familia nunca sienten celos o envidia (94,9%), ni niegan que el paciente tenga asma (92,9%), además tampoco presentan nunca alguna dificultad en el trabajo (93,8%), en la escuela (91,8%) o en otros sitios (92,8%) por causa del asma del paciente. Por último, en el ítem 44 el 99% de los sujetos contestaron que

nunca realizaba la conducta a la que se refería el ítem como consecuencia del asma. Este porcentaje tan elevado es fácilmente explicable atendiendo al contenido del ítem (utilizar el asma para obtener favores o ganancias personales).

En la tabla 2 se ofrecen los datos referentes a la consistencia interna del inventario. El α de Cronbach obtenida por la puntuación total del ICPA-R era de 0,87, y el rango de la α para las áreas establecidas oscilaba desde 0,17 a 0,90. Los valores más altos los obtuvieron las áreas 'Emociones precipitantes de ataques de asma' y 'Conductas precipitantes de ataques de asma'. Los valores más bajos correspondían a las áreas: 'Estilos de Vida Saludables' y 'Conductas de automanejo del asma'.

TABLA 3.- Correlaciones entre el ICPA-R e indicadores clínicos de asma

Áreas del ICPA-R	Duración del asma	Disnea	VEMS
Adherencia al tratamiento	0.03	0.02	-0.00
Estilos de vida saludables	-0.08	-0.06	-0.00
Conductas precipitantes de ataques	0.00	0.20*	-0.20*
Emociones precipitantes de ataques	-0.15	0.07	-0.17
Conductas de automanejo del asma	-0.18	0.03	0.10
Respuesta social al asma	-0.02	0.08	0.14
Consecuencias psicológicas del asma	-0.00	0.14	-0.10
Consecuencias físicas del asma	0.15	0.15	-0.35**
Consecuencias familiares del asma	0.09	0.06	-0.12
Puntuación total del ICPA-R	-0.02	0.16	-0.18

Significación estadística: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

En cuanto a las relaciones con otras variables de interés clínico, podemos ver en la tabla 3 como el área de 'Conductas precipitantes de ataques de asma' está en relación con la disnea y con una peor

función pulmonar (VEMS). Además, ésta variable se halla también relacionada con el área de 'Consecuencias físicas del asma'.

TABLA 4.- Análisis de varianza entre el ICPA-R y grupos de gravedad

Áreas del ICPA-R	GRUPO 1* (Asma leve)	GRUPO 2* (Asma moderada)	GRUPO 3* (Asma severa)	F _(2,97)
Adherencia al tratamiento	1.50 (0.39)	1.32 (0.41)	1.46 (0.58)	0.70
Estilos de vida saludables	2.50 (0.71)	2.36 (0.49)	3.25 (0.81)	6.30 **
Conductas precipitantes de ataques	1.54 (0.44)	2.12 (0.68)	2.04 (0.66)	2.45
Emociones precipitantes de ataques	1.50 (0.57)	1.67 (0.60)	1.71 (1.27)	0.20
Conductas de automanejo de asma	1.55 (0.38)	1.75 (0.43)	2.27 (0.68)	5.63 **
Respuesta social al asma	1.85 (0.41)	1.86 (0.81)	2.66 (1.15)	1.33
Consecuencias psicológicas del asma	1.55 (0.49)	1.59 (0.54)	2.35 (0.83)	4.19 *
Consecuencias físicas del asma	1.70 (0.41)	1.92 (0.66)	2.54 (0.53)	4.85 **
Consecuencias familiares del asma	1.25 (0.26)	1.40 (0.33)	1.50 (0.44)	0.98
Puntuación total del ICPA-R	1.70 (0.45)	1.81 (0.55)	2.28 (0.77)	5.70**

* Medias (DE)
Significación estadística: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$

Por lo que se refiere a los resultados derivados de la comparación del ICPA-R en los tres grupos establecidos según el criterio de gravedad del *Consensus* (tabla 4), obtuvimos diferencias significativas entre ellos en las siguientes áreas: Estilos de vida saludables, Conductas de automanejo del asma, Consecuencias psicológicas del asma y Consecuencias físicas del asma. También obtuvimos diferencias en la puntuación total del cuestionario. En todos estos casos, las diferencias se debieron al grupo de mayor gravedad que obtuvo puntuaciones más elevadas que los otros dos grupos de pacientes.

DISCUSIÓN

Examinaremos en primer lugar los datos referentes a los ítems que componen el cuestionario. De los análisis realizados destaca

por una parte el alto porcentaje de ítems que no se responden debido a distintos tipos de errores: bien se trata de preguntas abiertas, o bien no se corresponden con la situación del paciente (p.ej.: no estar trabajando), o su comprensión es difícil por la falta de claridad en la enunciación del ítem (p.ej.: evita exponerse a precipitantes conocidos). Por otra parte, los ítems que son respondidos en una única opción supera el 70% de casos. Estas alternativas son siempre opciones extremas (Nunca o Siempre), con lo que queda descartada la posibilidad de no saber qué responder, como ocurriría si se contestase a valores medios. Atendiendo al contenido de los ítems es fácil comprobar cómo gran parte de ellos tienen una gran carga de deseabilidad social debido a que intervienen figuras de poder (el médico) o afectivas (su familia o el mismo paciente), o conductas reprobables socialmente (por ejemplo mentir).

Estos porcentajes no son exclusivos de la muestra española ya que en los trabajos presentados por Creer también se aprecian las mismas direcciones en los porcentajes, aunque en su caso las respuestas se dividen normalmente entre dos opciones (Casi siempre y Siempre, o entre Nunca y Rara vez), pero que continúan siendo igual de sesgadas.

En conclusión, atendiendo a los porcentajes de respuesta obtenidos y a los resultados obtenidos en los análisis de consistencia interna consideramos que sería necesario modificar o eliminar los ítems 4, 6, 8, 36, 43, 44, 62 y 67 para mejorar la fiabilidad del inventario.

Por lo que respecta al índice de consistencia interna, en nuestra muestra obtenemos un valor más bajo (α de Cronbach = 0,86) que el del cuestionario original, tanto en su primer pase (α = 0,91), como en el segundo pase, o re-test (α = 0,94). Aunque este es un valor elevado, hay que recordar que el índice de fiabilidad indica la carencia de errores de medición en el instrumento, pero no es una condición suficiente (aunque sí necesaria) para confiar en el valor de los resultados de una investigación (Kerlinger, 1975). Además, en un cuestionario como éste, que se plantea como una serie de medidas en aspectos diferentes de la conducta del paciente, es más correcto

estimar la fiabilidad para cada una de las dimensiones que para el conjunto (Bryman y Cramer, 1990), como hicimos en nuestros análisis. Al examinar los resultados comprobamos que la mayoría de las áreas propuestas obtiene valores muy bajos y que sólo las escalas 'Conductas precipitantes de los ataques', 'Emociones precipitantes de los ataques' y 'Consecuencias físicas del asma' alcanzan valores aceptables. Ante estos resultados debemos plantearnos la utilidad de las áreas propuestas en cuanto subíndices válidos dentro del inventario.

Atendiendo al contenido, conviene señalar que los resultados obtenidos en el área de 'Adherencia al tratamiento' nos indican que los pacientes siguen 'casi siempre' las instrucciones referentes al tratamiento. Este dato derivado del autoinforme de los pacientes contrasta con los estudios acerca del cumplimiento de los regímenes médicos, donde se señala que cerca del 50% de los pacientes que acuden a consulta médica no toma su medicación correctamente, y especialmente aquellos que tienen enfermedades crónicas o están asintomáticos (Robie, 1987). Concretamente sobre el asma, Dekker, Kaptein, van der Waart y Gill (1992) publicaron un estudio donde, a través de entrevistas personales, informaron de la adecuación del autocuidado de los pacientes en sus casas. Sus resultados muestran que los pacientes que utilizaban correctamente la medicación en un ataque era solamente el 5,4% de la muestra; el resto, o bien no utilizaba la medicación (24%), o utilizaba medicación no apropiada (49%), o el uso que hacía no era el adecuado (19%).

En el área de estilos de vida saludables existen diferencias notables que apelan, en nuestra opinión, a diferencias culturales más generales entre los dos países (EE.UU. y España) y no tanto a diferencias concretas en el estilo de vida de los pacientes asmáticos de ambos países. Por otro lado, somos conscientes de que una contrastación adecuada de estos resultados exigiría disponer de datos fiables al respecto de los estilos de vida que habitualmente practican los ciudadanos de ambos países, datos de los cuales no disponemos.

En cuanto a la validez de contenido, las correlaciones halladas entre las variables clínicas y las áreas del inventario se ajustan a

los datos ofrecidos en investigaciones similares, donde existe una débil relación entre estos tipos de variables. De las correlaciones obtenidas conviene destacar la mostrada entre las consecuencias físicas del asma y la función pulmonar (VEMS) que apoya el ajuste de contenido de esta área.

En cuanto a los resultados obtenidos con los análisis realizados con los grupos de gravedad, se deduce que el inventario presentado es capaz de reflejar la gravedad del paciente, y que aquellos pacientes más graves son los que manifiestan un mayor número de conductas problemáticas relacionadas con el asma. De estos análisis no podemos extraer ninguna conclusión respecto a la causalidad de los síntomas, pero sí que nos permite asegurar que existen factores no meramente médicos que están en relación con el mantenimiento de la enfermedad.

CONCLUSIÓN

En conclusión, debemos tomar con precaución la información recogida con el cuestionario por los problemas psicométricos mostrados en los análisis de validación y por las razones comentadas de posibles sesgos de deseabilidad social. Por ello sería necesario una remodelación del cuestionario atendiendo a estos sesgos y a los resultados obtenidos en los análisis de consistencia interna. Al mismo tiempo, podríamos plantear que, en el caso de que un paciente presente crisis o ataques de asma como consecuencia de "precipitantes psicológicos" - y, por tanto, que presentara puntuaciones elevadas en la sección correspondiente de este inventario -, nos hallaríamos ante un paciente que presenta una tasa anormalmente elevada de anomalías psicológicas asociadas con el asma, lo que indicaría la necesidad de instaurar una intervención específica, de tipo psicológico, encaminada a minimizar y/o controlar estos "efectos secundarios" (o, quizá, antecedentes y agravantes) de la enfermedad. Ésta, y no otra, es probablemente la utilidad del inventario, tal y como se deduce de nuestros resultados.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a los Drs. M. Perpiñá, A. De Diego y L. Compte del Servicio de Neumología del hospital 'la Fe' de Valencia su valiosa ayuda en todo el proceso de selección y estudio clínico de los pacientes incluidos en este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

- American Thoracic Society** (1987): Standards for the diagnosis and care of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and asthma. *Am Rev Respir Dis* 136:225-244.
- Brooks C.M., Richard J.M., Bailey W.C., Martin B., Windsor R.A., Soong S.J.** (1989): Subjective symptomatology of asthma in an outpatient population. *Psychosom Med* 51:102-108.
- Creer, T.L., Marion, R.J., Creer, P.P.** (1983): The asthma Problem Behavior Checklist: parental perceptions of the behavior of asthmatic children. *Journal of asthma*, 20: 97-104.
- Creer, T.L., Wigal, J., Tobin, D., Kotses, H., Snyder, S., Winder, J.** (1989): The revised Asthma Problem Behavior Checklist. *Journal of asthma*: 26 (1): 17-29.
- Dekker, F.W., Kaptein, A.A., van der Waart, M.A.C., Gill, K.** (1992): Quality of Self-Care of patients with asthma. *Journal of asthma*, 29(3): 203-208.
- International Consensus Report on Diagnosis and Treatment of Asthma** (1992). *Eur Respir J* 5:601-641.
- Kerlinger, F.N.** (1975): *Investigación del comportamiento*. México, Interamericana.
- Robie, P.W.** (1987): Compliance. En C.S. Rogers, J.D. McCue y P. Gal (eds.): *Managing Chronic Disease*. New Jersey, Oradell.