

Validez de constructo del cuestionario Información y Decisiones en el Asma

M. Perpiñá Tordera, A. Belloch Fuster^a, E. Ayllón Negrillo^a y A. de Diego Damiá

Servicio de Neumología. Hospital Universitario La Fe. Valencia. ^aDepartamento de Personalidad. Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia. Valencia.

OBJETIVO: Establecer la validez de constructo de una nueva escala, el cuestionario Información y Decisiones en el Asma (IDEA), diseñado para conocer en el asmático su deseo de obtener información, la búsqueda activa de la misma y la capacidad para tomar decisiones respecto a su enfermedad.

METODOLOGÍA: El IDEA –31 ítems en tres subescalas: deseo de información (DI), búsqueda de información (BI) y toma de decisiones (TD)– fue administrado a 120 asmáticos adultos (54 varones y 66 mujeres; 76 intrínsecos y 44 extrínsecos), en situación estable y diferentes niveles de gravedad. Tras ser entrevistados con el fin de recoger datos sobre la historia natural de su enfermedad (edad de inicio, años de evolución, visitas a urgencias en el último año), nivel de estudios y situación económica, todos ellos completaron una batería de instrumentos dirigida a evaluar calidad de vida (AQL), alexitimia (TAS-20), opiniones sobre la salud (HOS), ansiedad (STAI-E/R), síntomas de asma (ASC), locus de control para la salud (HLC), amplificación somatosensorial (SAS) y personalidad (NEO-PI).

RESULTADOS: Aunque la mayoría de los pacientes presentó interés por tener información, la búsqueda activa de la misma y la toma de decisiones resultaron mucho menores. DI y BI se asociaron a niveles de estudios y económicos elevados, mientras que TD correlacionó con la presencia de atopía, edad (pacientes jóvenes), el hecho de ser mujer y escasas visitas a urgencias. En cuanto a las variables psicológicas, los análisis de regresión múltiple demostraron que DI y BI se explicaron fundamentalmente por la ausencia de alexitimia, mientras que TD dependía de la implicación conductual del individuo con su enfermedad.

CONCLUSIÓN: El análisis conjunto de estos resultados indica que el IDEA presenta una validez de constructo satisfactoria, ya que sus dimensiones se asocian a las características sociodemográficas y psicológicas que cabría esperar dado su contenido conceptual.

Construct validity of the Information and Decisions in Asthma questionnaire

OBJECTIVE: To establish the construct validity of a new scale based on the Information and Decisions in Asthma (IDEA) questionnaire, which was designed to detect an asthmatic's desire to receive information, active seeking out of information and ability to make decisions about his or her disease.

METHODOLOGY: The IDEA questionnaire – containing 31 items in three subscales: desire for information (DI), seeking out information (SI) and decision making (DM) – was answered by 120 asthmatic adults (54 men and 66 women; 86 intrinsic and 44 extrinsic) in stable condition and with varying levels of severity of disease. After interviews to take down medical histories (age of onset, years of evolution, visits to the emergency room within the past year), educational level and economic status, all patients completed a battery of tests assessing the following: quality of life (QL), alexithymia (TAS-20), health opinions (HOS), state-trait anxiety (STAI-E/R), asthma symptoms control (ASC), health locus control (HLC), somatosensory amplification (SAS) and personality (NEO-PI).

RESULTS: Although most patients expressed interest in obtaining information, their level of active seeking and decision making were much lower. DI and SI were associated with higher educational levels and economic status, whereas DM correlated with the presence of atopy, age (young patients), sex (women) and few visits to the emergency room. Multiple regression analysis of psychological variables showed that DI and SI were accounted for mainly by the absence of alexithymia, whereas DM depended on an individual's behavioral involvement with his or her disease.

CONCLUSION: The global analysis of these results indicate that the IDEA questionnaire has satisfactory construct validity, given that its dimensions are associated with sociodemographic and psychological characteristics that can be expected given its conceptual content.

Palabras clave: Asma. Deseo de información. Toma de decisiones. IDEA.

Key words: Asthma. Desire for information. Decision making. IDEA.

Trabajo subvencionado por Beca FIS 99/0785.

Correspondencia: Dr. M. Perpiñá Tordera.
Servicio de Neumología. Hospital Universitario La Fe.
Avda. de Campanar, 21. 46009 Valencia.
Correo electrónico: perpinya_mig@gva.es

Recibido: 6-9-01; aceptado para su publicación: 19-11-01.

Introducción

Conocer de una forma fiable y segura hasta qué punto el asmático desea y busca información sobre el proceso que padece y cuál es, en principio, su disposición para tomar decisiones son elementos de gran importan-

cia para el manejo cotidiano de la enfermedad y su tratamiento. Además, constituyen puntos clave a tener en cuenta cuando se diseñan estrategias educativas específicas orientadas a implicar al paciente en el control activo de su propia enfermedad^{1,2}. Con el fin de analizar estos aspectos, nuestro grupo ha diseñado recientemente un instrumento en forma de cuestionario estructurado: *Información y Decisiones en el Asma (IDEA)*. En estudios previos, se ha comprobado que el IDEA presenta propiedades métricas (consistencia interna y validez de contenido) aceptables³, y superiores a las ofrecidas por otras herramientas elaboradas con el mismo propósito⁴. Queda todavía por delimitar, sin embargo, cuál es la validez de constructo de este nuevo cuestionario, es decir, en qué medida los tres conceptos que pretende rastrear y valorar el IDEA (deseo de estar informado acerca del asma, búsqueda activa de dicha información y disposición a tomar decisiones relativas a la enfermedad y su tratamiento)³ se miden realmente con este instrumento. A nuestro entender, evaluar la adecuación del contenido de los tres conceptos mencionados exige examinar su relación no sólo con las características sociodemográficas y las peculiaridades clínicas de cada individuo, sino también, y sobre todo, con algunos aspectos psicológicos generales, como los rasgos de personalidad que modulan el comportamiento de las personas en distintas situaciones⁵, y otros más específicos y directamente involucrados en las conductas de salud y enfermedad⁶.

Metodología

Pacientes

Se han estudiado 120 pacientes (66 mujeres y 54 varones), con una edad media de 41 años (rango, 17-62 años) que cumplían los siguientes criterios: *a)* diagnóstico de asma, según las indicaciones propuestas por la American Thoracic Society⁷; *b)* situación clínica estable, definida como síntomas y tratamiento no modificados durante, al menos, las 4 últimas semanas; *c)* duración de la enfermedad mayor de 2 años, y *d)* ausencia de cualquier otra enfermedad crónica, incluyendo trastornos mentales incapacitantes. De acuerdo con las indicaciones señaladas por el GINA⁸, 11 pacientes presentaban un asma intermitente, 39 persistente leve, 40 persistente moderada y 30 persistente grave. En 76 casos el asma estaba categorizada como intrínseca y en el resto como extrínseca pero no existía diferencia alguna entre ambos tipos de asma en función de su gravedad. Ninguno de ellos había participado en programas estructurados de educación en asma y su control se venía realizando en nuestras consultas externas siguiendo los estándares habituales. Una vez informados del propósito del estudio y dar su consentimiento voluntario para participar en el mismo, los pacientes fueron entrevistados con el fin de conocer su nivel económico (categorizado como: bajo, medio-bajo, medio o alto) y nivel de estudios (sin estudios, estudios primarios, estudios medios o estudios superiores). Asimismo, se les interrogó acerca de los años de duración de la enfermedad, la edad de inicio de la sintomatología asmática y el número de visitas a urgencias a lo largo del último año por episodio de agudización. Tras todo ello completaron el cuestionario IDEA³. El IDEA es un instrumento autoadministrado (tiempo de pase no superior a los 12 min) constituido por 31 ítems en tres subescalas: *deseo de información (DI)* (10 ítems), *búsqueda de información (BI)* (10 ítems) y *toma de decisiones (TD)* (11 ítems distribuidos en tres escenarios: asma esta-

ble, agudización leve-moderada y agudización grave). El formato de respuesta combina alternativas dicotómicas (BI) y escalas Likert de tres (TD) o 4 pasos (DI). El rango de puntuaciones oscila entre 0-10 (BI), 0-30 (DI) y 0-22 (TD)³.

Todos los pacientes fueron citados de nuevo en un lapso de tiempo no superior a la semana y, después de comprobar que su situación clínica no había experimentado modificación alguna, cumplieron las escalas que a continuación se enumeran:

- Cuestionario de Calidad de Vida en el Asma⁹ (*Asthma Quality of Life Questionnaire, AQL*)¹⁰. Se trata de un cuestionario de 20 ítems distribuidos en 4 subescalas (*ahogo, preocupación, estado de ánimo y restricción social*) que el sujeto califica en una escala tipo Likert de 5 pasos (de 0 = nada, a 4 = muy a menudo) haciendo referencia a las últimas 4 semanas.

- Escala de Alexitimia de Toronto¹¹ (*Toronto Alexithymia Scale, TAS-20*)¹². Es un instrumento formado por 20 ítems, a los que el sujeto debe contestar utilizando una escala entre 1 ("nada de acuerdo") a 5 ("totalmente de acuerdo"). Estos ítems se agrupan en 3 dominios: *a) dificultad para identificar sentimientos* (7 ítems), que se refiere a la capacidad para identificar sentimientos y para distinguir entre sentimientos y sensaciones corporales relacionadas con la activación emocional; *b) dificultad para describir sentimientos* (5 ítems), que refleja la incapacidad para comunicar los propios sentimientos a los demás, y *c) pensamiento orientado a lo externo* (8 ítems), que mide la falta de capacidad que tiene la persona para pensar y reflexionar sobre uno mismo.

- Examen de Opiniones sobre la Salud¹³ (*Health Opinion Survey, HOS*)¹⁴. Compuesto por 16 ítems dicotómicos ("de acuerdo/en desacuerdo"), el HOS evalúa las creencias y actitudes de las personas sobre la eficacia y los potenciales beneficios que tiene el cuidar de la propia salud, así como la frecuencia con la que se busca información y se hacen preguntas a los médicos sobre las propias dolencias. Incluye dos subescalas: *a) implicación conductual* (9 ítems referentes a actitudes hacia el autocuidado y la implicación conductual activa de los individuos en el cuidado de su salud), y *b) búsqueda de información* (7 ítems que rastrean el deseo por preguntar y querer estar informado sobre las decisiones médicas).

- Inventario de Ansiedad Estado-Rasgo¹⁵ (*State-Trait Anxiety Inventory, STAI-E/R*)¹⁶. El instrumento está formado por dos escalas diferentes de autoevaluación que miden aspectos conceptuales independientes de la ansiedad: *ansiedad estado* (20 ítems) y *ansiedad rasgo* (20 ítems).

- Listado de Síntomas de Asma¹⁷ (*Asthma Symptoms Checklist, ASC*)¹⁸. Se compone de 36 ítems que hacen referencia a la frecuencia con que el paciente experimenta determinados síntomas específicos durante un ataque de asma. Los ítems adoptan una escala tipo Likert de 5 puntos que abarcan desde "nunca" hasta "siempre". El listado se divide en 5 subescalas: *pánico-miedo* (8 ítems), *obstrucción de las vías aéreas* (9 ítems), *hiper-ventilación* (7 ítems), *irritabilidad* (5 ítems) y *fatiga* (7 ítems). El ASC permite discriminar entre la sintomatología propia del ataque asmático y la sintomatología psicológica añadida que puede distorsionar el informe que realiza el paciente.

- *Locus* de Control de la Salud¹⁹ (*Health Locus of Control, HLC*)²⁰. El concepto de *locus* de control hace referencia a las expectativas que se tienen respecto a la relación entre una determinada conducta de salud y sus consecuencias. Las personas con un *locus* de control *interno* piensan que ellos mismos pueden influir en el mantenimiento de su salud, así como modificar el curso y resultado de su enfermedad. Por el contrario, las personas con un *locus* de control *externo*, creen que su salud está determinada por agentes externos a ellos mismos, como los profesionales sanitarios, el azar o el destino. La escala consta de 18 ítems, 6 por cada factor, contestados según una escala tipo Likert de 6 puntos.

– Escala de Amplificación Somatosensorial²¹ (*Somatosensory Amplification Scale, SAS*)²². La SAS mide la sensibilidad al reaccionar de manera negativa frente a sensaciones corporales que son molestas pero que no constituyen síntomas típicos de enfermedad y, en consecuencia, valora actitudes hipocondríacas. Está compuesta por 10 ítems respecto a los cuales la persona ha de decidir, de acuerdo con una escala Likert de 5 puntos que oscila desde “nada en absoluto” (1) hasta “muchísimo” (5), el grado en que cada uno de ellos le caracterizan en general.

– Cuestionario de personalidad NEO-PI²³ (*NEO Personality Inventory*)²⁴. Se trata de un cuestionario que evalúa las 5 dimensiones universales de personalidad (*neuroticismo, extroversión, apertura mental, tesón y cooperación*) a través de 181 ítems que se responden mediante una escala Likert de 5 pasos (de “muy en desacuerdo” a “totalmente de acuerdo”).

Análisis estadístico

La comparación de los datos obtenidos y la identificación de las posibles diferencias entre grupos se realizó mediante pruebas de la t de Student para muestras no relacionadas o análisis de variancia de una vía con post hoc (rangos de Duncan), según los casos. Para examinar el grado de correlación existente entre las subescalas del IDEA y entre éstas y las variables clínicas y demográficas de los pacientes, se calcularon coeficientes Spearman. Posteriormente, se realizaron tres análisis de regresión múltiple (pasos sucesivos), tomando en cada caso una de las subescalas del IDEA como variable dependiente, y como variables predictoras las que habían presentado un coeficiente de correlación significativo con cada una de ellas.

Todos los análisis fueron llevados a cabo utilizando el paquete estadístico SPSS 10.0. Los datos se expresan como media ± DE y las probabilidades ≤ 0,05 se consideraron como estadísticamente significativas.

Resultados

En la tabla I se recogen las puntuaciones obtenidas en el IDEA por el conjunto de pacientes estudiado, y

los valores de éstas en función del género, nivel de estudios, nivel económico y gravedad del asma. Analizados de forma global, los pacientes presentaron un interés elevado por obtener información acerca de su enfermedad (DI = 24,7 ± 6,1, sobre un máximo de 30), pero la búsqueda activa de la misma y el deseo de toma de decisiones resultaron menores (valores de BI [5,4 ± 2,6] y TD [6,9 ± 3,2]) en torno al 50 y al 30%, respectivamente, de los valores máximos de sus correspondientes subescalas). Por su parte, las mujeres asmáticas puntuaron significativamente más en TD que los varones (7,5 ± 3 frente a 5,8 ± 3,4; p < 0,01), y los pacientes con niveles de estudio medios o superiores buscaron y desearon más información sobre su asma que quienes sólo tenían estudios primarios o carecían de ellos (BI: F = 7,36; p < 0,001), (DI: F = 4,25; p < 0,001). Asimismo, los asmáticos con capacidad económica media o alta buscaron más información que aquellos que disponían de menos recursos económicos (BI: F = 4,81; p < 0,001). Cuando los pacientes se agruparon según el nivel de gravedad, únicamente se detectaron diferencias en el escenario 1 de TD (asma estable) entre las asma intermitentes y las persistentes graves; en esta situación, los primeros tendieron a delegar en el médico la toma de decisiones, mientras que los segundos mostraron una preferencia mayor a decidir por ellos mismos (1,4 ± 1,8 frente a 3,3 ± 1,5, respectivamente; p < 0,05).

Por otro lado, el análisis de la matriz de correlaciones entre las subescalas del IDEA y el resto de variables consideradas evidenció un amplio conjunto de asociaciones (tabla II). El nivel de estudios y el nivel económico se relacionaron positivamente con DI y BI pero no con TD. Sin embargo, TD sí presentó una correlación significativa con el género (mujeres), la edad de los pacientes (jóvenes), la escasa frecuentación durante el último año a urgencias por agudización del asma, y atopia.

TABLA I
Puntuaciones del cuestionario IDEA según variables sociodemográficas y gravedad del asma

	DI	BI	TD			
			Escenario 1	Escenario 2	Escenario 3	Total
Muestra global (n = 120)	24,7 ± 6,1	5,4 ± 2,6	2,5 ± 1,5	2,6 ± 1,7	1,8 ± 1,4	6,9 ± 3,2
Género						
Varones (n = 54)	24,9 ± 6,2	5,1 ± 2,9	2,1 ± 1,5	2,1 ± 1,8	1,6 ± 1,4	5,8 ± 3,4
Mujeres (n = 66)	24,6 ± 6,1	5,4 ± 2,4	2,7 ± 1,6	2,8 ± 1,7	1,9 ± 1,4	7,5 ± 3 ^a
Nivel de estudios						
Sin estudios (n = 17)	19,5 ± 8,1	3,5 ± 2,1	2,8 ± 1,9	2,7 ± 1,7	1,5 ± 1,7	7,1 ± 3,4
Primarios (n = 49)	24,5 ± 6,4	4,9 ± 2,7	2,6 ± 1,6	2,5 ± 1,8	1,4 ± 1,4	6,6 ± 3,4
Medios (n = 36)	25,8 ± 4,2 ^b	5,7 ± 2,1 ^b	2,4 ± 1,5	2,6 ± 1,5	2,4 ± 1,3	7,4 ± 2,9
Superiores (n = 18)	27,5 ± 3,1 ^b	7,8 ± 1,6 ^b	2,1 ± 1,1	2,7 ± 2,3	2,1 ± 0,9	6,8 ± 3,1
Nivel económico						
Bajo (n = 7)	26,8 ± 3,4	4,4 ± 1,3	2,6 ± 2,2	2,4 ± 1,1	1,4 ± 1,1	6,4 ± 2,5
Medio-bajo (n = 91)	23,8 ± 6,5	5,1 ± 2,6	2,5 ± 1,6	2,7 ± 1,8	1,8 ± 1,5	7,1 ± 3,4
Medio (n = 18)	27,5 ± 2,8	7,2 ± 1,9 ^c	2,4 ± 1,1	2,2 ± 1,8	2,1 ± 1,1	6,7 ± 3,3
Alto (n = 4)	29,6 ± 0,1	9,5 ± 0,7 ^c	2,5 ± 0,7	2,5 ± 0,7	1,5 ± 0,7	4,5 ± 0,7
Gravedad del asma						
Intermitente (n = 11)	23,4 ± 5,7	5,4 ± 1,8	1,4 ± 1,8	2,6 ± 1,9	2,1 ± 1,6	6,1 ± 2,5
Persistente-leve (n = 39)	23,3 ± 7,7	5,1 ± 2,6	2,1 ± 1,8	2,4 ± 1,5	2,2 ± 1,6	6,7 ± 3,6
Persistente-moderada (n = 40)	24,8 ± 6,3	5,5 ± 3,1	2,3 ± 1,4	1,9 ± 1,5	1,5 ± 1,2	5,8 ± 2,7
Persistente-grave (n = 30)	25,9 ± 4,2	5,4 ± 2,1	3,3 ± 1,5 ^d	3,2 ± 1,9	1,8 ± 1,6	8,3 ± 3,5

DI: deseo de información; BI: búsqueda de información; TD: toma de decisiones.

^ap < 0,01, respecto a varones; ^bp < 0,001, respecto a sin estudios y estudios primarios; ^cp < 0,001, respecto a recursos económicos bajos y medio-bajos; ^dp < 0,05, respecto a asma intermitente.

TABLA II
Valores de los coeficientes de correlación de Spearman (r_s) entre las subescalas del IDEA y las variables sociodemográficas, clínicas y psicológicas^{a,b}

	IDEA		
	Deseo información	Búsqueda información	Toma decisiones
Edad			-0,21
Género			-0,25
Nivel de estudios	0,30	0,45	
Nivel económico	0,23	0,37	
Edad de inicio del asma		-0,23	-0,25
Atopia			0,32
Visitas a urgencias en el último año			-0,21
AQL (restricción social)	0,21		
TAS-20 (dificultad en describir sentimientos)	-0,28		-0,22
TAS-20 (identificar sentimientos)	-0,25		
TAS-20 (pensamiento externo)	-0,35	-0,36	
TAS-20 (puntuación total)	-0,37	-0,27	
HOS (implicación conductual)			0,26
HOS (búsqueda de información)	0,21	0,52	
HOS (puntuación total)		0,40	0,22
STAI-estado	-0,25		
ASC (obstrucción)	0,23		
HLC (azar)		-0,27	
HLC (otros influyentes)		-0,26	
SAS			0,22
NEO-PI (apertura mental)	0,32	0,58	
NEO-PI (tesón)	0,21	0,40	
NEO-PI (cooperación)		0,30	
NEO-PI (extroversión)	0,35	0,46	
IDEA (deseo información)		0,50	
IDEA (búsqueda información)	0,50		
IDEA (toma decisiones)			

^aSólo se muestran aquellas correlaciones que alcanzaron significación estadística ($p < 0,05$).

^bEl significado de las abreviaturas de los instrumentos se especifica en el apartado de Metodología, y entre paréntesis se recogen los dominios de los mismos con significación estadística en el análisis correlacional.

La edad de inicio de la enfermedad también se asoció con la toma de decisiones y, además, con la búsqueda de información: cuanto más temprano fue el comienzo de los síntomas, mayores resultaron ser las puntuaciones en TD y BI.

En cuanto a las variables psicológicas evaluadas, la DI guardó una estrecha relación con tres dimensiones de personalidad (*apertura mental*, *extroversión* y *tesón*), ausencia de ansiedad-estado (STAI-E) y de alexitimia (puntuación total del TAS-20 y sus tres componentes), experimentar síntomas de obstrucción bronquial durante una crisis (dominio *obstrucción* del ASC) y presentar deterioro en la calidad de vida en la dimensión *restricción social*. La subescala BI se asoció positivamente con 4 dimensiones básicas de personalidad (*apertura mental*, *tesón*, *cooperación* y *extroversión*) y con elevada implicación en el control de la propia salud (puntuación total del HOS y su dimensión *búsqueda de información*). La relación de BI fue, sin embargo, negativa con alexitimia (puntuación total del TAS-20 y *pensa-*

miento orientado a lo externo) y con *locus* de control para la propia salud en el azar y en los demás. Por lo que hace referencia a la subescala TD, ésta correlacionó con ausencia de *dificultad para describir los propios sentimientos* (subescala de TAS-20), con una implicación activa en el manejo de la propia enfermedad (HOS) y con una tendencia elevada a prestar atención a las señales e indicios corporales inocuos, expresión de hipocondría (SAS). La búsqueda de información y el deseo de la misma mantuvieron una estrecha relación, pero se mostraron independientes de la toma de decisiones.

Por último, los análisis de regresión practicados para cada una de las subescalas del IDEA demostraron que, en el caso de DI, la combinación de las variables BI, *pensamiento orientado a lo externo* (TAS-20), *restricción social* (AQL) y *nivel de estudios* explicó el 50% de la variancia. Por lo que se refiere a BI, *el nivel de estudios* y *el pensamiento orientado a lo externo* (TAS-20) alcanzaron a explicar un 53% de la variancia total. Finalmente, el 20% de la variancia de TD fue explicada por la puntuación en *implicación conductual* (HOS) y la presencia de *atopia* (tabla III).

Discusión

Los resultados obtenidos con el cuestionario IDEA indican que el deseo de estar informado sobre el asma y así como buscar activamente información son dimensiones moduladas por una variable sociodemográfica fundamental: el nivel de estudios. También el hecho de disponer de recursos económicos parece desempeñar un papel de cierta relevancia en la búsqueda activa de información. Estas observaciones, que confirman en términos generales lo descrito recientemente por Adams et al²⁵, no son exclusivas de esta patología ya que se han detectado también en individuos que padecen otros procesos (p. ej., hipertensión, cardiopatía isquémica)²⁶. Es posible que el mayor desarrollo educativo potencie el desarrollo de la capacidad para reflexionar sobre el propio estado

TABLA III
Resultados de los análisis de regresión múltiple para los dominios del IDEA (deseo de información, búsqueda de información y toma de decisiones) como variables dependientes*

	R ² acumulada	B
Deseo información		
IDEA (búsqueda de información)	0,25	0,10
TAS-20 (pensamiento externo)	0,34	-0,45
AQL (restricción social)	0,44	0,76
Nivel de estudios	0,50	1,83
Constante		5,40
Búsqueda información		
Nivel de estudios	0,36	1,52
TAS-20 (pensamiento externo)	0,53	-0,23
Constante		5,84
Toma decisiones		
HOS (implicación conductual)	0,12	0,57
Atopia	0,20	1,72
Constante		4,75

*El significado de las abreviaturas de los instrumentos se recoge en el apartado de Metodología.

de salud y, en consecuencia, para querer disponer de explicaciones plausibles sobre lo que le sucede.

Nuestros datos señalan, además, que, desde el punto de vista psicológico, el asmático que desea estar informado sobre su enfermedad posee una personalidad abierta a nuevas experiencias, y es tenaz y extrovertida (dimensiones del NEO-PI), emocionalmente estable (correlación negativa con STAI-E) y con facilidad para expresar y mostrar sus sentimientos y emociones (correlación negativa con el cuestionario de alexitimia TAS-20). Dadas estas características personales, no resulta extraño que la restricción social que puede ocasionar el asma sea la dimensión de calidad de vida relacionada con la salud más alterada en estos individuos. Además, como se trata de individuos no ansiosos, cuando tienen un ataque de asma experimentan sobre todo el síntoma característico de una crisis: obstrucción, y no pánico-miedo ni hiperventilación, más propios de un individuo ansioso¹⁷, tal como demuestra la asociación DI y ASC-obstrucción. En cualquier caso, la ausencia de alexitimia, la restricción social y el nivel de estudios son, por este orden, y junto con la búsqueda activa de información, los componentes que más y mejor explican el deseo de estar informado en los pacientes asmáticos.

Por su parte, la búsqueda activa de información presenta un patrón de relaciones similar en cuanto a las variables de personalidad generales (*apertura mental, tesón, extroversión*), a las que se añade una cuarta especialmente importante en el ámbito que nos ocupa: la *cooperación*. Son sujetos con un estilo de pensamiento reflexivo, capaces de expresar sus sentimientos, y que no delegan en otros ni dejan al azar el control de su salud (correlaciones negativas entre BI, alexitimia y *locus* de control *externo* para la salud). Interesa resaltar, además, la elevada correlación que BI mantiene también con el HOS, un instrumento específicamente diseñado para evaluar los comportamientos de búsqueda de información sobre la salud en población general sana¹⁴. Además de todo ello, cuanto más temprana es la edad de inicio del asma, mayor resulta la búsqueda activa de información sobre la misma. Dicho de otro modo: cuanto más temprano se enfrenta el individuo con *su realidad*, más se preocupa por conocer el estado de cosas de la misma. Sin embargo, de todas estas variables, más del 50% de la variancia de BI se explica, como hemos visto, por la combinación entre el nivel de estudios y la ausencia de alexitimia.

Finalmente, la toma de decisiones va ligada, sobre todo, al componente de implicación conductual del HOS, a la facilidad para hablar de los propios sentimientos y sensaciones, y con la tendencia a amplificar las sensaciones y los síntomas, incluso los leves o inocuos, algo que caracteriza a los pacientes hipocondríacos³⁰. Desde nuestro punto de vista, esta última asociación debe interpretarse teniendo en cuenta, al mismo tiempo, la relación detectada con la presencia de atopía, una edad de inicio temprana de la enfermedad y una mayor frecuentación de los servicios de urgencias durante el último año. En este sentido, el hecho de que un asmático conozca cuáles son los posibles desencadenantes de su enfermedad, y el atópico suele conocer esa

información desde el principio de su proceso, conlleva un estado de alerta o vigilancia ante posibles indicios indicadores de enfermedad, lo que explicaría su elevada puntuación en un instrumento que, como el SAS, valora precisamente el nivel de alerta o atención hacia estímulos exteroceptivos o interoceptivos molestos pero inocuos^{21,22}. Esa misma explicación podría justificar en parte la mayor frecuentación a los servicios de urgencias, que no necesariamente se debe a una mayor gravedad de este grupo de pacientes. En nuestra serie, los pacientes atópicos presentaban un nivel de gravedad similar a los no atópicos. Asimismo, es interesante destacar que las mujeres de nuestra muestra asumen, al menos sobre el papel, una actitud más activa que los varones a la hora de tomar decisiones sobre su asma. El motivo no está claro y debería ser analizado con mayor detenimiento mediante estudios específicamente diseñados para dar respuesta a este interrogante. Tampoco resulta sencillo explicar por qué los pacientes más graves están, a diferencia de los leves, más dispuestos a decidir por sí mismos cuando su asma es estable (escenario 1). Es posible que la situación que ejemplifica el escenario 1 (revisión sistemática de la enfermedad y control terapéutico en los pacientes con asma estable, por parte de la atención no especializada³) sea poco frecuente en el asmático grave, ya que éste suele acudir al especialista incluso para revisiones rutinarias y, por tanto, le resulta difícil imaginar la situación planteada. Pero también puede suceder que, enfrentado a dicha situación, no confíe en el médico generalista y decida seguir con las pautas establecidas por su especialista. En cualquier caso, y tal y como ya se ha apuntado en otras ocasiones, el deseo de estar informado sobre el asma es, por lo general, elevado entre los pacientes, pero ello no se acompaña necesariamente de un comportamiento activo para controlar la enfermedad²⁸⁻³⁰.

Para concluir, el cuestionario IDEA sobre la búsqueda de información y la toma de decisiones en el asma presenta una validez de constructo considerable a la vista de la concurrencia entre los resultados con él obtenidos y los derivados de los instrumentos aquí utilizados, lo que asegura su utilidad y fiabilidad para valorar estas facetas en la población asmática.

BIBLIOGRAFÍA

1. Janis IL, Mann L. Decision making: a psychological analysis of conflict, choice, and commitment. New York: Collier MacMillan, 1977.
2. Wigal JK, Stout C, Brandon M, Winder JA, McConaughy K, Creer TL, et al. The Knowledge, Attitude, and Self-Efficacy Asthma Questionnaire. Chest 1993;104:1144-8.
3. Perpiñá Tordera M, Belloch Fuster A, Ayllón Negrillo E, De Diego Damiá A. Desarrollo de un nuevo instrumento para evaluar el deseo de información y la toma de decisiones de los pacientes con asma. Arch Bronconeumol 2000;36:563-8.
4. Perpiñá M, Sobradillo V, Castillo J, Duce F, Manresa F, Martínez J, et al. Consistencia interna y validez de contenido de la versión española del Asthma Autonomy Questionnaire. Arch Bronconeumol 2000;36:90-4.
5. Smith TW, Williams PG. Personality and health: advantages and limitations of the five-factor model. J Personal 1992;60:395-423.
6. Friedman HS. Personality and disease. New York: Wiley, 1990.

PERPIÑÁ TORDERA M, ET AL. VALIDEZ DE CONSTRUCTO DEL CUESTIONARIO INFORMACIÓN Y DECISIONES EN EL ASMA

7. American Thoracic Society. Standards for the diagnosis and care of patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD) and asthma. *Am Rev Respir Dis* 1987;136:225-44.
8. National Asthma Education and Prevention Program. Expert Panel Report II: Guidelines for the Diagnosis and Management of Asthma. National Institutes of Health. Bethesda, 1997. Publicación n.º 97:4051.
9. Perpiñá M, Belloch A, Pascual LM, De Diego A, Compte L. Calidad de vida en el asma: validación del cuestionario AQLQ para su utilización en población española. *Arch Bronconeumol* 1995;31:211-8.
10. Marks GB, Dunn SM, Woolcock AJ. A scale for the measurement of quality of life in adults with asthma. *J Clin Epidemiol* 1992;45:461-72.
11. Martínez Sánchez F. Adaptación española de la escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20). *Clínica y Salud* 1996;7:19-32.
12. Bagby M, Parker J, Taylor G. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-1. Item selection and cross-validation of the factor structure. *J Psychores* 1994;38:23-32.
13. Ayllón E, Belloch A, Perpiñá M. Opiniones sobre la salud en pacientes asmáticos. *Rev Psicopatol Psicol Clin* 2002 (aceptado para publicación y en prensa).
14. Krantz DS, Baum A, Wideman M. Assessment of preferences for self-treatment and information in health care. *J Pers Soc Psychol* 1980;39:977-90.
15. Seisdedos N. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. Adaptación española. Madrid: TEA Ediciones, 1988.
16. Spielberger CD, Gorsuch RL, Lushene RE. STAI, Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Self evaluation Questionnaire). Palo Alto (CA): Consulting Psychologists Press, 1970.
17. Belloch A, Perpiñá M, Pascual LM, Martínez M, De Diego A. Subjective symptomatology of asthma: validation of the Asthma Symptom Checklist in an outpatient Spanish population. *J Asthma* 1997;34:509-19.
18. Brooks CM, Richards JM, Bailey WC, Martin B, Windsor RA, Soong S. Subjective symptomatology of asthma in an outpatient population. *Psychores* 1989;51:102-8.
19. Ayllón E, Belloch A, Perpiñá M. Asma y locus de control para la salud. *Anal Mod Conducta* 2002 (aceptado para publicación y en prensa).
20. Wallston K, Wallston B, Kaplan GD, Maides S. Development and validation of the Health Locus of Control (HLC) scale. *J Consult Clin Psychol* 1976;44:580-5.
21. Belloch A, Ayllón E, Martínez MP, Castañeiras C, Jiménez MA. Sensibilidad a las sensaciones corporales e hipocondría. *Rev Psicopatol Psicol Clin* 1999;4:1-14.
22. Barsky AJ, Wyshak G, Klerman GL. The somatosensory amplification scale and its relationship to hypochondriasis. *J Psychiat Res* 1990;24:323-34.
23. Silva F, Avia D, Sanz J, Martínez-Arias R, Graña JL, Sánchez-Bernardos L. The Five Factor Model: I. Contributions to the structure of the NEO-PI. *Personal Indiv Diff* 1994;17:741-53.
24. Costa PT, McCrae RR. The NEO Personality Inventory Manual. Odessa (FL): Psychological Assessment Resources, 1985.
25. Adams RJ, Smith BJ, Ruffin RE. Patient preferences for autonomy in decision making in asthma management. *Thorax* 2001;56:126-32.
26. Ende J, Kazis L, Ash A, Moskowitz MA. Measuring patients' desire for autonomy: decision making and information-seeking preferences among medical patients. *J Gen Intern Med* 1989;4:23-30.
27. Speckens AE, Hemert AM, Spinhoven P, Bolk JH. The diagnostic and prognostic significance of the Whiteley Index, the Illness Attitude Scales and the Somatosensory Amplification Scale. *Psychol Med* 1996;26:1085-90.
28. Gibson PG, Talbot PI, Toneyuzzi RC, and the Population Medicine Group 91C. Self-management, autonomy, and quality of life in asthma. *Chest* 1995;107:1003-8.
29. Kolbe J, Vámos M, Fergusson W, Elkind G, Garrett J. Differential influences on asthma self-management knowledge and self-management behavior in acute severe asthma. *Chest* 1996;110:1463-8.
30. Perpiñá M, Sobradillo V, Castillo J, Duce F, Manresa F, Martínez J, et al. Búsqueda de información y toma de decisiones en pacientes asmáticos. *Arch Bronconeumol* 1999;35:435-9.