

Conducta de enfermedad en pacientes con dispepsia funcional y enfermedad pulmonar obstructiva crónica: un estudio transcultural

Illness behavior in patients with functional dyspepsia and chronic obstructive pulmonary disease: A cross-cultural study

Stefano Vinaccia¹, Japcy Margarita Quiceno²
y Magdalena Medinas Amorós³

RESUMEN

Antecedentes: La conducta de enfermedad ha sido estudiada en diferentes patologías crónicas, pero no hay estudios con muestras de pacientes con dispepsia funcional o enfermedad pulmonar obstructiva crónica. El objetivo de este estudio fue comparar la conducta de enfermedad en 49 pacientes colombianos con diagnóstico de dispepsia y 51 españoles residentes en las Islas Baleares, España, con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Método:* Se utilizaron como instrumentos el Cuestionario de Conducta de Enfermedad IBQ y el Índice Whiteley de hipocondría. *Resultados:* Los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas entre ambos conjuntos de pacientes en las dimensiones de convicción de enfermedad, percepción psicológica versus somática de la enfermedad, perturbación afectiva e irritabilidad. Ambos grupos presentaron altos niveles de hipocondría. No hubo diferencias en el IBQ según el sexo, pero sí en cuanto a los años de estudio y prescripción de psicofármacos. *Conclusiones:* en este estudio se aprecia que la conducta de enfermedad cobra relevancia a pesar de las diferencias culturales y las características fisiopatológicas de cada enfermedad.

Palabras clave: Conducta anormal de enfermedad; Dispepsia funcional; Enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

ABSTRACT

Background. Illness behavior has been studied in different chronic diseases; however, there is void within the studies regarding the samples of patients with functional dyspepsia-DF and chronic obstructive pulmonary disease-COPD. The primary aim of this study was to compare the illness behavior of patients with FD in Colombia and those with COPD in Spain. *Method:* comparisons included the participation of 49 patients with FD residing in Bogota, Colombia, and 51 patients diagnosed with COPD residing in the Balearic Islands, Spain. The instruments used were the illness Behavior Questionnaire IBQ and Whitely Index Hypochondriasis IW. *Results:* The results showed statistically significant differences between COPD patients compared to those of DF in dimensions like disease conviction, psychological vs. somatic perception, affective disturbance and irritability. Both groups showed high levels of Hypochondriasis. There were no gender-related differences in the IBQ; however, there were schooling-related differences as well as differences related to prescribed psychotropic medication. *Conclusions:* the present study revealed that illness behavior becomes relevant

¹ Fundación Universitaria Sanitas, Carrera 7 Num. 173-64, Bogotá, Colombia, tel. (57)15-89-53-77, correo electrónico: vinalpi47@hotmail.com. Artículo recibido el 23 de junio de 2014 y aceptado el 2 de febrero de 2015.

² Facultad de Universidad de San Buenaventura, Carrera 8 Num. 172-20, Bogotá, Colombia, correo electrónico: japcyps@hotmail.com

³ Unidad de Psicología, Hospital Joan March, Complejo Hospitalario de Mallorca, Bunyola, Islas Baleares, España, correo electrónico: mmapsil@gmail.com.

despite cultural differences and pathophysiological characteristics related to each disease.

Key words: Illness behavior; Functional dyspepsia; Chronic obstructive pulmonary disease.

INTRODUCCIÓN

Las enfermedades crónicas, como la dispepsia funcional (DF) o dispepsia no ulcerosa y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), son trastornos orgánicos funcionales de larga duración que obligan a quienes las padecen a cambiar sus hábitos y estilos de vida.

La DF se manifiesta con molestias en la parte superior del abdomen (malestar epigástrico) y es multifuncional y periódica; puede cronificarse con el tiempo y tiene signos y síntomas característicos, como saciedad temprana, náuseas o vómito, distensión abdominal y ardor de estómago, aun en ausencia de una causa orgánica identificable por los medios diagnósticos convencionales (Danesh y Pounder, 2000; Panganamamula, Fisher y Parkman, 2002). En América Latina, su prevalencia es de 25.1% y se manifiesta con más frecuencia en las mujeres que en los hombres (Esquivel, 2012).

A su vez, la EPOC describe dos enfermedades pulmonares relacionadas: la bronquitis crónica y el enfisema pulmonar. La primera de ellas se caracteriza por la inflamación prolongada del interior de los bronquios, en tanto que el enfisema es el ensanchamiento y destrucción irreversible de los alvéolos pulmonares. Es posible que algunas personas con EPOC manifiesten ambas enfermedades (Barnes, 2000). Los síntomas de la EPOC son tos crónica, aumento de la expectoración y disnea de esfuerzo, entre otros (Parmet, 2003). Durante su curso, pueden aparecer otros signos o síntomas inespecíficos, como las sibilancias o la opresión torácica, cuya intensidad puede variar en diferentes días e incluso en el mismo día. Tales síntomas surgen en cualquier estadio de la EPOC y traen consigo limitaciones en la actividad física (De Calvo y Martín, 2002). Su prevalencia aumenta con la edad y la exposición al cigarrillo, siendo más frecuente en personas mayores de 40 años. Se le considera hoy como la cuarta causa de mortalidad en el mundo, pero se aprecia que au-

mentará el número de casos en los próximos años (Asociación Colombiana de Neumología y Cirugía de Tórax, 2003). En España, la prevalencia es de 9.1% en la población adulta, según el estudio IBERPOC, y predomina en los hombres (Soriano y Miravittles, 2007).

Independientemente del diagnóstico, el manejo y la percepción de los síntomas característicos de cada enfermedad pueden configurar con el tiempo un patrón de comportamiento ante ellas. El constructo denominado “comportamiento anormal de enfermedad” fue propuesto por Issy Pilowsky para describir una inadecuada o mala adaptación o estilo de experimentar, evaluar y actuar en relación a la salud y la enfermedad (Pilowsky y Spence, 1983; Prior y Bond, 2008, 2010, 2013, 2014). Los investigadores en el área concluyen que la conducta de enfermedad subraya las actitudes y sentimientos sobre la enfermedad, la percepción de las reacciones de los demás ante ésta, y la visión propia acerca de la situación psicosocial del enfermo (Galán, Blanco y Pérez; 2000; Galán, Pérez y Blanco, 2001; Gil-Roales y Moreno, 2004; Nieto, Abad, García, López y Morales, 1989). En la última década se han llevado a cabo investigaciones en el área con muestras de pacientes con enfermedades crónicas y mentales, como fibromialgia (Desai y Chaturvedi, 2014), esclerosis (Merz et al., 2013), tuberculosis (Munsab, Santanu, Ravinder, Pradeep y Ankur, 2013), enfermedad cardiovascular (Silva y Agudelo, 2011), diabetes (Vinaccia et al., 2006), preeclampsia (Vinaccia, Sánchez, Bustamante, Cano y Tobón, 2006), enfermedades neurológicas (Lykouras et al., 2006), enfermedades gastrointestinales (Vinaccia et al., 2004), epilepsia (Stone, Binzer y Sharpe, 2004) y dolor (Sato, Maruta y Totoki, 2000). En esas investigaciones se ha encontrado que los síntomas percibidos por los pacientes pueden contribuir a que estos desarrollen diferentes patrones de conducta de enfermedad y diferentes niveles de interferencia negativos de tipo psicosocial que son del todo independientes de la gravedad de la enfermedad misma. Al respecto, Mechanic (1978) plantea que las diferentes culturas, debido a ciertos procesos de aprendizaje social, mantienen diferencialmente la conducta de enfermedad.

Por lo anterior, y dada la ausencia de estudios comparativos y transculturales en el área de

la psicología de la salud, se comparó la conducta de enfermedad de dos grupos de enfermos crónicos –uno con un diagnóstico relativamente benigno, como la DF, y el otro con uno grave, como la EPOC–, pertenecientes a dos culturas hispanoamericanas: Colombia y España, respectivamente.

MÉTODO

Participantes

Participaron en este estudio 100 pacientes hombres y mujeres con diagnóstico de DF (n = 49) y EPOC (n = 51).

La muestra de DF (13 hombres y 36 mujeres) fue escogida mediante un muestreo no aleatorio de sujetos disponibles en diferentes consultorios médicos de la ciudad de Bogotá, Colombia, según los criterios diagnósticos de Roma II. Se consideraron como criterios de inclusión el ser pacientes que hubiesen sido diagnosticados por dispepsia no ulcerosa al menos un mes antes del estudio por algún médico especialista en gastroenterología, por examen de gastroenterología y con *Helicobacter pylori* concomitante y que tuvieran entre 18 y 65 años de edad y con un nivel educativo básico (con conocimientos de lectoescritura). Los criterios de exclusión fueron, a saber: pacientes con diagnóstico de enfermedad gástrica severa distinta a la mencionada anteriormente (por ejemplo tumores gástricos) o con dificultades en la comprensión parcial de los protocolos psicométricos.

La muestra de pacientes con EPOC (38 hombres y 13 mujeres con diferentes grados de severidad según la clasificación de la ATS/ERS) fue obtenida de la Unidad de Neumología del Hospital Sociosanitario Joan March de Mallorca, España. Los criterios de inclusión fueron los siguientes: pacientes de entre 65 y 80 años de edad que acudían a consulta externa ambulatoria en la mencionada institución, con diagnóstico de EPOC, que tuvieran el permiso médico y que firmaron el formato de consentimiento informado. Los criterios de exclusión fueron, a saber: que sufrieran deterioro cognitivo en cualquier grado, con analfabetismo funcional, con problemas auditivos o visuales graves que les impidieran responder las pruebas psicométricas, o que se abstuvieran de firmar el

formato consentimiento informado necesario para participar en el estudio.

Instrumentos

Entrevista de chequeo. Mediante esta entrevista se obtuvieron datos personales y sociodemográficos e información sobre la duración del problema, prescripción de psicofármacos, tratamientos actuales y anteriores tanto para EPOC como para DF, y coexistencia de enfermedades orgánicas. También se planteó una serie de preguntas para determinar la posible existencia de algún tipo de trastorno cognitivo en los pacientes con EPOC.

Cuestionario de Conducta de Enfermedad (The Illness Behavior Questionnaire, o IBQ), elaborado por Pilowsky y Spence (1983) para medir la conducta anormal de enfermedad, en la versión española de Ballester y Botella (1993). El IBQ contiene 62 ítems con respuesta dicotómica de “sí” o “no” y comprende siete dimensiones: Hipocondría general, Convicción de enfermedad, Percepción psicológica versus somática de la enfermedad, Inhibición afectiva, Distorsión afectiva, Negación e Irritabilidad.

Índice Whiteley de Hipocondría (Index Whiteley of Hypochondriasis, o IW). Este instrumento, que fue elaborado por Pilowsky (1967) para el chequeo del trastorno hipocondríaco, analiza la gravedad de las actitudes hipocondríacas (miedo a enfermar, convicción de estar enfermo y preocupación corporal) y mide el cambio tras instaurar un tratamiento. El IW contiene 14 ítems, igualmente con respuesta dicotómica. Puntuaciones iguales o superiores a 8 representan “riesgo de hipocondría” (Nieto et al., 1989). Se puede utilizar de forma aislada o incluido en el IBQ (tal como fue empleada en este estudio). El alfa de Cronbach del IW en este estudio fue de 0.73.

Procedimiento

Una vez otorgada la autorización de los médicos especialistas de diferentes consultorios de la ciudad de Bogotá y de los de consulta externa especializada en neumología del Hospital Joan March de Mallorca, se explicó a cada paciente el propósito de la investigación, se le aclaró que no recibiría retribución económica alguna por participar en el

estudio y que el procedimiento no interferiría de ningún modo con su tratamiento médico. Una vez seleccionados los pacientes de ambas muestras que cumplieran los criterios de inclusión antes mencionados, se les evaluó mediante una entrevista clínica para obtener sus datos sociodemográficos y clínicos necesarios para su descripción y posterior análisis. Los datos sociodemográficos incluyeron la edad, sexo, estado civil, nivel educativo (años de estudio cursados), convivencia y ocupación. Respecto a los datos clínicos, se registraron datos relativos a la severidad de la patología, duración de la misma, prescripción de fármacos específicos y psicofármacos en el momento actual y presencia de deterioro cognitivo. Tales datos se evaluaron mediante respuesta dicotómica para su posterior análisis individual.

Una vez que los pacientes firmaban el formato de consentimiento informado, respondieron las pruebas psicométricas de manera individual,

contando con la ayuda del investigador a cargo en caso de requerirlo, en cada consultorio médico. La duración aproximada de la aplicación fue de una hora en ambas muestras.

RESULTADOS

En la Tabla 1 se aprecia que las dos muestras analizadas difieren en sus parámetros sociodemográficos (media de edad y ocupación), mientras que la convivencia, el estado civil y el nivel educativo no presentaron la misma variabilidad. La media de edad para ambas muestras fue de 53.64 años (D.T = 19.6). En el grupo de DF sobresalieron las mujeres (36%), mientras que en el de EPOC fueron los hombres (38%). En ambas muestras, la mayoría estaban casados (45%), vivían con su familia (85%) y tenían 15.10 años de escolaridad (D.T = 3.57).

Tabla 1. Características de la muestra: variables sociodemográficas en función de la enfermedad.

Tipo de enfermedad	DF (n = 49)	EPOC (n = 51)	TOTAL (n = 100)
Edad	M = 37.2 (D.T = 13.07)	M = 69.43 (D.T = 9.12)	M = 53.64 (D.T = 19.67)
Sexo	13 H 36 M	38 H 13 M	
Estado civil			
Soltero/a	18%	6%	24%
Casado/a	21%	24%	45%
Separado/a o divorciado/a	5%	4%	9%
Unión libre	4%	3%	7%
Viudo/a	1%	14%	15%
Convivencia			
Solo/a	2%	9%	11%
Con familia	46%	39%	85%
Amigos/otros	1%	3%	4%
Ocupación			
Empleado/a	25%	0%	25%
Trabajador/a independiente	8%	1%	9%
Jubilado/a o pensionado/a	4%	37%	41%
Ama de casa	3%	12%	15%
Estudiante	5%	1%	6%
Trabaja o estudia	4%	0%	4%
Años cursados	M = 15.96 (D.T. = 3.76)	M = 14.27 (D.T. = 3.20)	M = 15.10 (D.T. = 3.57)

Una vez analizada la distribución de las variables en ambas muestras, se comprobó que estas no cumplían los criterios de normalidad (prueba de

Kolmogorov-Smirnov), llevándose a cabo comparaciones múltiples mediante pruebas estadísticas no paramétricas.

Los resultados de la comparación de las dimensiones del cuestionario IBQ entre ambos grupos (Tabla 2) muestran que únicamente hubo diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones de Convicción de enfermedad ($z = -3.216$;

$p = .000$), Percepción psicológica vs. somática de la enfermedad ($z = -4.532$; $p = .000$), Perturbación afectiva ($z = -2.866$; $p = .004$) e Irritabilidad ($z = -4.644$; $p = .000$).

Tabla 2. Resultados descriptivos (media y desviación típica) y estadísticos de contraste de las puntuaciones del IBQ de ambas muestras.

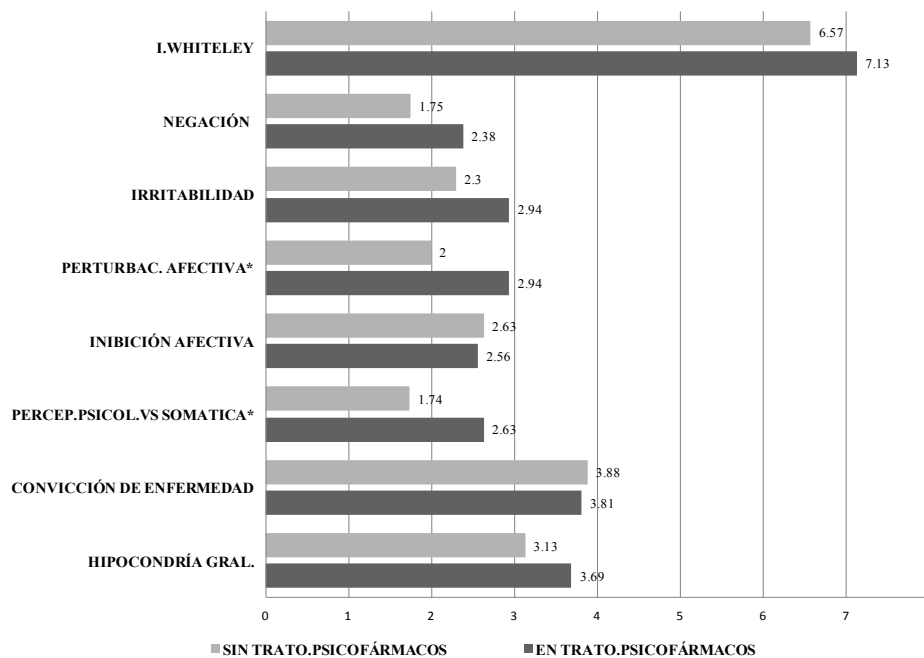
IBQ	Rango	DF	EPOC Media (D.T.)	TOTAL	p
Hipocondría general	0-7	2.83 (2.13)	3.57 (1.56)	3.22 (1.88)	.062*
Convicción de enfermedad	0-6	3.47 (1.13)	4.25 (1.29)	3.87(1.27)	.001*
Percepción psicológica vs. somática de la enfermedad	0-5	1.39 (1.01)	2.35 (0.91)	1.88(1.07)	.001*
Inhibición afectiva	0-5	2.76 (0.99)	2.49 (1.18)	2.62(1.09)	.241*
Perturbación afectiva	0-5	1.67 (1.56)	2.61 (1.61)	2.15(1.64)	.004*
Negación	0-5	1.67 (1.37)	2.02 (1.44)	1.85(1.41)	.242*
Irritabilidad	0-5	1.76 (1.07)	3.02 (1.31)	2.40(1.35)	.001*
Índice de Whiteley	1-13	6.29 (3.04)	7.02 (2.22)	6.66(2.66)	.134*

*Nivel de significación estadística aplicado: $p < 0.05$

Luego, con la finalidad de comprobar las diferencias en función del sexo y la prescripción de psicofármacos, se procedió al análisis comparativo de ambos grupos. Respecto a la variable sexo, no

se hallaron diferencias significativas en ninguna de las dimensiones del cuestionario IBQ entre ambos grupos ni analizando estos por separado.

Gráfico 1. Resultados de la comparación de ambos grupos de pacientes en función de la prescripción de psicofármacos.



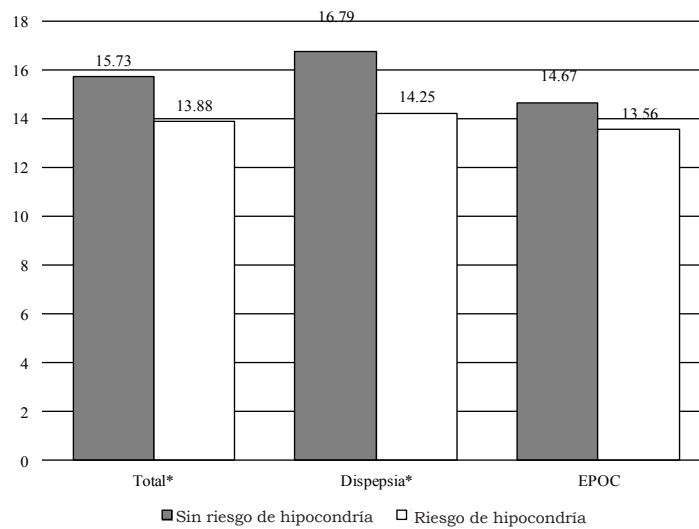
* $p < 0.05$

Los resultados del análisis comparativo de la prescripción de psicofármacos se muestran para el total de la muestra (n = 100) (Gráfico 1). Tras la aplicación de estadísticos no paramétricos, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en las dimensiones de Percepción psicológica vs. somática ($z = -2.861, p = .004$) y Perturbación afectiva ($z = -.600; p = .031$) del IBQ.

El análisis de las variables sociodemográficas en función del punto de corte del IW mostró diferencias significativas solamente en la variable

Años de estudio (nivel educativo), mostrando que los pacientes con menos años de estudio en ambos grupos obtuvieron puntuaciones medias más elevadas de hipocondría ($z = -2.791; p = .005$). Por grupos, se aprecia que los pacientes con DF mostraron diferencias significativas en función del nivel educativo ($z = -2.291; p = .022$), no así los de EPOC ($z = -1.569; p = .117$) (Gráfico 2). El análisis del resto de variables sociodemográficas no tuvo diferencias en función del Índice de Whiteley.

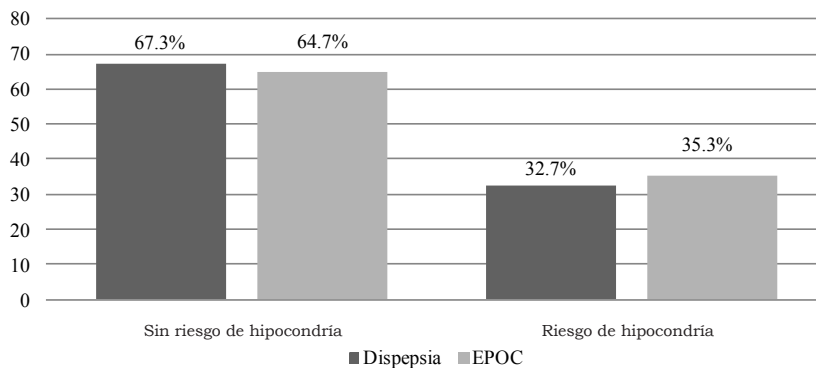
Gráfico 2. Representación gráfica de la variable Años de estudio cursados (media) en función del IW (\geq ocho puntos).



Tomando de nuevo como punto de partida la puntuación obtenida en el IW (≥ 8 puntos: “riesgo de hipocondría”), la proporción de pacientes en esta condición en ambos grupos fue similar; sin em-

bargo, el análisis de dichas proporciones no aportó diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos ($\chi^2 [1]: .078; p = .780$) (Gráfico 3).

Gráfico 3. Representación gráfica de la variable riesgo de hipocondría según el IW (≥ 8 puntos: “riesgo hipocondría”).



DISCUSIÓN

La conducta de enfermedad analiza las formas en que las personas interpretan y responden a la información somática. Diferentes factores influyen en su curso y desarrollo, como la historia previa de enfermedad, la sensibilidad fisiológica individual, las estrategias de afrontamiento y los contextos sociales y culturales, entre otros. Lo anterior implica que enfermedades consideradas como leves generen altos niveles de malestar y afecten muchos aspectos psicosociales de la vida de algunos individuos, mientras que enfermedades consideradas más graves lo hagan moderadamente en otros (Prior y Bond, 2008, 2010, 2013, 2014). Este estudio analizó y comparó la conducta de enfermedad en dos muestras urbanas de pacientes crónicos (españoles con EPOC y colombianos con DF), quienes tenían una media de edad de 53 años, eran en su mayoría casados, vivían con su familia y tenían en promedio 15 años de estudio.

Se observó que los pacientes con EPOC obtuvieron puntuaciones medias un poco más altas que aquellos con DF en las dimensiones de Percepción psicológica vs. somática de la enfermedad, Perturbación afectiva e Irritabilidad el IBQ, indicando que los primeros consideraban que existían ciertos factores psicológicos que mediaban en su enfermedad, pensaban que ese efecto era una consecuencia de algún suceso del pasado (tabaquismo, exposición a contaminantes, etc.) y reconocían que las emociones negativas (ansiedad, depresión, etc.) podían ser una consecuencia de la enfermedad, sobre todo de la frustración que la ocurrencia de la disnea ante esfuerzos mínimos les representaba, tendiendo a experimentar en el contexto social sentimientos de enojo e ira. En definitiva, los pacientes con EPOC fueron más vigilantes y preocupados por su sintomatología física y emocional que aquellos con DF. La literatura es consistente en cuanto a que la ansiedad o depresión y el estrés son emociones comunes en los pacientes de EPOC (Medinas, Más y Renom, 2009; Medinas et al., 2011, 2012), quienes requieren más atención, independientemente de la severidad de los síntomas de la enfermedad (Cleland, Lee y Hall, 2007).

Por otro lado, se aprecian diferencias significativas entre los pacientes de EPOC y de DF en la

dimensión de Convicción de enfermedad. Es de anotarse que ambos grupos tienden a pensar que existe algo grave en su organismo y se preocupan por muchos síntomas diferentes; sin embargo, este comportamiento es más marcado en los pacientes de EPOC, debido posiblemente a que el síntoma principal, la disnea a niveles elevados, repercute directamente sobre otros órganos, como el corazón, al que provoca una severa taquicardia, o el cerebro, pues la deficiencia de oxigenación induce mareos o dificultades visuales.

En cuanto al resto de dimensiones, no se hallaron diferencias significativas, estando las puntuaciones medias de ambos grupos en un nivel moderado en hipocondría general, inhibición afectiva y negación, y un nivel alto en el IW, lo que indica que los pacientes expresaban abierta y tranquilamente sus sentimientos personales negativos ante los demás (inhibición afectiva), trataban de regular el estrés y comprender que no todos los problemas eran causados por la enfermedad (negación), y asimismo manifestaban una preocupación moderada por su estado de salud (hipocondría general). Los resultados de este último dato difieren cuando se realiza un análisis por separado del IW. Este índice representa una medida de chequeo del trastorno hipocondríaco que evalúa la gravedad de las actitudes hipocondríacas (miedo a enfermar, convicción de estar enfermo y preocupación corporal). Según dicho índice, ambos grupos experimentaban fuertes sentimientos de temor, conciencia de enfermedad y alta tendencia a la preocupación somática. En este estudio se halló que 32.7% de la muestra de DF y 35.3% de la muestra de EPOC estaban en riesgo de hipocondría, ameritando su atención clínica psiquiátrica o psicológica. Al respecto, Sharma y Manjula (2013) plantean que en los pacientes crónicos es alto el porcentaje de trastornos somáticos con manifestación de síntomas físicos o preocupación acerca de la enfermedad. De hecho, algunas líneas de investigación analizaron la relación entre la aparición de síntomas psiquiátricos, como la somatización, con el uso de tratamientos farmacológicos (esteroides inhalados) en pacientes con EPOC (Gift, Wood y Cahill, 1998). En tales pacientes se ha hallado un mayor número de síntomas moderados o severos que en aquellos con cáncer o insuficiencia cardíaca congestiva (Walke, Gallo, Tinetti y Fried, 2004). Por

otro lado, en los pacientes con DF se ha encontrado que una de las razones por las que consultan más a su médico general en comparación con quienes no lo hacen es la ansiedad por la posible agravación de los síntomas, el percibirse como propensos a desarrollar cáncer o enfermedades cardíacas y experimentar acontecimientos vitales más estresantes, lo que sugiere al clínico explorar más allá de los meros síntomas comunes y detenerse en los factores no físicos determinantes del comportamiento de consulta (Lydeard y Jones, 1989).

Específicamente, comparando el IW con las variables sociodemográficas, se observa que las actitudes hipocondríacas son independientes del sexo, la edad, el estado civil, la convivencia y la ocupación; sin embargo, al analizar los años de estudios –bastante homogéneos en ambas muestras–, los resultados difieren claramente: a menos años de escolaridad, mayor percepción de hipocondría, tanto en la muestra total como en los pacientes con DF, lo que no se observó en los pacientes con EPOC. Al respecto, las investigaciones no son concluyentes acerca de la percepción de los síntomas y el nivel educativo de los pacientes dispépticos; únicamente se reporta que los hombres con bajo nivel educativo son los que presentan una mayor sintomatología (Ryden y Janzon, 1987), mientras que en otros casos son justamente las personas con alto nivel educativo (Olmos et al., 2006) y los jóvenes (Rejchrt et al., 2008) los más expuestos a situaciones estresantes y estilos de vida inadecuados, que son factores de riesgo que median la presencia y exacerbación somática y limitan las actividades diarias.

Fue significativo encontrar en este estudio que las dimensiones del IBQ no mostraron diferencias significativas según el sexo, ni entre grupos ni en la muestra total, lo que sugiere que la conducta de enfermedad es independiente del sexo y de un diagnóstico de EPOC o DF, lo que lleva a hipotetizar que no es tan relevante el tipo de enfermedad sino lo que ésta implica para el paciente. Debe subrayarse que la mayoría de los pacientes con EPOC fueron hombres, y con DF mujeres, lo que es afín con la literatura (Esquivel, 2012). Se sugiere, por tanto, realizar más investigaciones en esta área con muestras equiparables, pues se ha demostrado que las mujeres tienen un comportamiento diferencial respecto a los hombres cuan-

do padecen EPOC; en particular, tienen una mayor supervivencia después de las exacerbaciones agudas y un patrón diferente de comorbilidad (Aryal, Díaz y Mannino, 2013). Respecto a los pacientes con DF, se ha encontrado que las mujeres tienen menos bienestar y una salud mental más pobre que los hombres, y que la percepción de los síntomas difiere entre unas y otros (Flier y Rose, 2006; Westbrook, Talley y Westbrook, 2002).

En cuanto al análisis comparativo del IBQ en función del consumo de psicofármacos, se observó que estaba en un nivel moderado, y que quienes estaban en tratamiento obtuvieron puntuaciones medias más altas respecto de quienes no lo estaban en las dimensiones de percepción psicológica vs. somática de la enfermedad y perturbación afectiva. Ello implica que, independientemente del diagnóstico, los pacientes medicados con psicofármacos tienen más dificultades para regular las emociones negativas, los síntomas físicos y los pensamientos de culpa relacionados con la enfermedad, que aquellos que no reciben ese tipo de tratamiento.

Entre las limitaciones de este estudio, se considera que el tamaño de la muestra, la polaridad en el sexo en ambas muestras y la escasa literatura científica acerca de la conducta de enfermedad en estas patologías dificultan los análisis comparativos y la generalización posterior a otros pacientes, por lo que se sugiere la realización de estudios sistemáticos que analicen, además del peso de las variables sociodemográficas, los factores psicofarmacológicos y sexuales y las estrategias de afrontamiento en la conducta de enfermedad, pues las investigaciones realizadas hasta la fecha no han sido concluyentes.

En definitiva, es significativo hallar que, pese a las divergencias culturales y las características fisiopatológicas de cada una de estas enfermedades, la conducta de enfermedad fue similar en los pacientes de DF –una enfermedad cíclica, que es más controlable, con periodos de ausencia y exacerbación sintomática–, y los de EPOC que estaban en una etapa avanzada, con un deterioro continuo e irreversible y poco controlable por la persona, toda vez que las puntuaciones medias entre grupos estuvieron dentro del mismo nivel de interpretación, fueran o no significativas. Lo anterior lleva a for-

mular la hipótesis de que la conducta de enfermedad es como si fuera un software que se instala y empieza a ejecutarse cuando aparecen síntomas o

signos psicológicos y físicos de enfermedad, independientemente del diagnóstico, tipo, gravedad, curso y pronóstico.

REFERENCIAS

- Aryal, S., Díaz G., E. y Mannino, D.M. (2013). COPD and gender differences: an update. *Translational Research*, 162(4), 208-218.
- Asociación Colombiana de Neumología y Cirugía de Tórax (2003). Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Diagnóstico y manejo integral. Recomendaciones. *Revista Colombiana de Neumología*, 15, 1-34.
- Ballester, R. y Botella, C. (1993). Perfil de conducta de enfermedad en pacientes con crisis de angustia. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19(64), 233-265.
- Barnes, P. (2000). Chronic obstructive pulmonary disease. *New England Journal of Medicine*, 343, 269-280.
- Cleland, J.A., Lee, A.J. y Hall, S. (2007). Associations of depression and anxiety with gender, age, health-related quality of life and symptoms in primary care COPD patients. *Family Practice*, 24(3), 217-223.
- Danesh, J. y Pounder, R.E. (2000). Eradication of *Helicobacter pylori* and non-ulcer dyspepsia. *The Lancet*, 355, 766-767.
- De Calvo, E. y Martín, A. (2002). *Atención al paciente con asma y EPOC en la consulta del médico de familia*. Barcelona: Masson.
- Desai, G. y Chaturvedi, S. (2014). Fibromyalgia and abnormal illness behavior. A cach22. *Indian Journal of Pain*, 28, 51-52.
- Flier, S.N. y Rose, S. (2006). Is functional dyspepsia of particular concern in women? A review of gender differences in epidemiology, pathophysiologic mechanisms, clinical presentation, and management. *The American Journal of Gastroenterology*, 101(12), 644-653.
- Esquivel A., F. (2012). Dispepsia. *Revista de Gastroenterología de México*, 77(1), 44-46.
- Galán, A., Blanco, A. y Pérez S.G., M.A. (2000). Análisis del concepto conducta de enfermedad: Un acercamiento a los aspectos psicosociales del enfermar. *Anales de Psicología*, 16(2), 157-166.
- Galán, A., Pérez S.G., M.A. y Blanco, A. (2001). La conducta de enfermedad: análisis de su capacidad para caracterizar grupos de enfermos a nivel psicosocial. *Psicothema*, 13(1), 63-67.
- Gift, A.G., Wood, R.M. y Cahill, C.A. (1998). Depression, somatization and steroid use in chronic obstructive pulmonary disease. *International Journal of Nursing Studies*, 26, 281-286.
- Gil-Roales N., J. y Moreno S.P., E. (2004). Conducta de enfermedad. En J. Gil-Roales (Ed.): *Psicología de la salud* (pp. 235-263). Madrid: Pirámide.
- Lydeard, S. y Jones, R. (1989). Factors affecting the decision to consult with dyspepsia: comparison of consultants and non-consulters. *The Journal of the Royal College of General Practitioners*, 39(329), 495-498.
- Lykouras, L., Vassiliadou, M., Adrachtsa, D., Voulgari, A., Kalfakis, N. y Soldatos, C.R. (2006). Illness behavior in neurological patients with psychiatric morbidity. *European Psychiatry*, 21(3), 200-203.
- Mechanic, D. (1978). *Medical sociology*: New York: Plenum.
- Medinas M., M., Más, C., Ferrer, V., Martín, B., Alorda, C. y Renom, F. (2011). Disnea y psicopatología del paciente anciano con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 46(1), 21-26.
- Medinas M., M., Más, C. y Renom, F. (2009). Estrés en ancianos hospitalizados con enfermedad respiratoria crónica: Valoración en el hospital sociosanitario. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 44(3), 130-136.
- Medinas M., M., Montañó J., J., Centeno M., J., Ferrer, V., Renom, F., Martín, B. et al. (2012). Stress associated with hospitalization in patients with COPD: the role of social support and health related quality of life. *Multidisciplinary Respiratory Medicine*, 7(1), 51.
- Merz, E.L., Malcarne, V.L., Roesch, S.C., Sharif, F., Harper, B.E., Draeger, H.T. et al. (2013). Measuring illness behavior in patients with systemic sclerosis. *Arthritis Care Research*, 65(4), 585-593.
- Munsab, A., Santanu, M., Ravinder, M., Pradeep, K. y Ankur, G. (2013). Effect of social factors on tuberculosis patients: a comprehensive illness behavior study. *International Journal of Research in Ayurveda & Pharmacy*, 4(1), 123-126.
- Nieto, J., Abad M., A., García, C., López, C. y Morales J., M. (1989). Factorización del Cuestionario de Conducta de Enfermedad (IBQ) de Pilowsky en población clínica española. *Anales de Psiquiatría*, 5, 104-107.
- Olmos, J.A., Pogorelsky, V., Tobal, F., Marcolongo, M., Salis, G., Higa, R. et al. (2006). Uninvestigated dyspepsia in Latin America: A population-based study. *Digestive Diseases and Sciences*, 51(11), 1922-1929.
- Panganamamula, K.V., Fisher, R.S. y Parkman, H.P. (2002). Functional (nonulcer) dyspepsia. *Current Treatment Options in Gastroenterology*, 5, 153-160.
- Parinet, S. (2003). Enfermedad pulmonar obstructiva crónica. *Journal of the American Medical Association*, 290(17), 2362.

- Pilowsky, I. (1967). Dimensions of hypochondriasis. *The British Journal of Psychiatry*, 11, 89-93.
- Pilowsky, I. y Spence, N.D. (1983). *Manual for the Illness Behavior Questionnaire (IBQ)*. Adelaide (Australia): Royal Adelaide Hospital.
- Prior, K.N. y Bond, M.J. (2008). The measurement of abnormal illness behavior: Toward a new research agenda for the Illness Behavior Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 64, 245-253.
- Prior, K.N. y Bond, M.J. (2010). New dimensions of abnormal illness behavior derived from the Illness Behavior Questionnaire. *Psychology and Health*, 25(10), 1009-1227.
- Prior, K.N. y Bond, M.J. (2013). Somatic symptom disorders and illness behavior: Current perspectives. *International Review of Psychiatry*, 25(1), 5-18.
- Prior, K.N. y Bond, M.J. (2014). Construct validity and temporal stability somatic of the abridged 31-items Illness Behavior Questionnaire. *Psychology and Health*, 29(5), 517-535.
- Rejchrt, S., Koupil, I., Kopácová, M., Vorísek, V., Seifert, B., Pozler, O. et al. (2008). Prevalence and sociodemographic determinants of uninvestigated dyspepsia in the Czech Republic. *European Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 20(9), 898-905.
- Ryden, C.I. y Janzon, L. (1987). Social and demographic characteristics of 20-29 year-olds attending the emergency room for dyspepsia. *Acta Chirurgica Scandinavica*, 153(3), 209-213.
- Sato, H., Maruta, T. y Totoki, T. (2000). Unanswered and uncounted items of the Illness Behavior Questionnaire count: a comparison between patients who answered all the items in the questionnaire and those who left one or more items unanswered in a pain management program. *Journal of Anesthesia*, 14(4), 180-186.
- Sharma, M.P. y Manjula, M. (2013). Behavioral and psychology management of somatic symptom disorders: an overview. *International Review of Psychiatry*, 25(1), 116-124.
- Silva, C.S. y Agudelo, D. (2011). Creencias sobre la enfermedad y estrategias de afrontamiento como predictores de la calidad de vida en pacientes en rehabilitación cardiovascular. *Acta Colombiana de Psicología*, 14(1), 47-60.
- Soriano, J.B. y Miravittles, M. (2007). Datos epidemiológicos de EPOC en España. *Archivos de Bronconeumología*, 43(1), 2-9.
- Stone, J., Binzer, M. y Sharpe, M. (2004). Illness beliefs and locus of control: A comparison of patients with pseudoseizures and epilepsy. *Journal of Psychosomatic Research*, 57(6), 541-547.
- Vinaccia, S., Contreras, F., Bedoya, M.C., Carillo, L.M., Cuartas, M.J., López, N. et al. (2004). Conducta anormal de enfermedad en pacientes con enfermedades gastrointestinales. *Psicología y Salud*, 14(1), 31-41.
- Vinaccia, S., Fernández, H., Escobar, O., Calle, E., Andrade, I.C., Contreras, F. et al. (2006). Conducta de enfermedad y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Suma Psicológica*, 13, 15-31.
- Vinaccia, S., Sánchez, M.V., Bustamante, E., Cano, E. y Tobón, S. (2006). Conducta de enfermedad y niveles de depresión en mujeres embarazadas con diagnóstico de preeclampsia. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(1), 41-51.
- Walke, L.M., Gallo, W.T., Tinetti, M.E. y Fried, T.R. (2004). The burden of symptoms among community-dwelling older persons with advanced chronic disease. *Archives of Internal Medicine*, 164(21), 2321-2324.
- Westbrook, J.I., Talley, N.J. y Westbrook, M.T. (2002). Gender differences in the symptoms and physical and mental well-being of dyspeptics: a population based study. *Quality of Life Research*, 11(3), 283-291.