

Adaptación y validación del Cuestionario de Respuestas Conductuales ante la Enfermedad para pacientes hematológicos

Adaptation and validation of the Behavioral Responses to Illness Questionnaire for haematological patients

Lindsay Carrillo Valdez y Maetzin Itzel Ordaz Carrillo¹

Citación: Carrillo-Valdez, L. y Ordaz-Carrillo, M.I. (2020). Adaptación y validación del Cuestionario de Respuestas Conductuales ante la Enfermedad para pacientes hematológicos. *Psicología y Salud*, 30(2), 287-296. <https://doi.org/10.25009/pys.v30i2.2664>.

RESUMEN

La conducta ante la enfermedad desempeña un papel fundamental en la búsqueda de atención médica para el diagnóstico y tratamiento, así como en las consecuencias físicas, psicológicas y sociales para el paciente, especialmente cuando se trata de enfermedades que requieren vigilancia continua, como es el caso de los padecimientos hematológicos. La evaluación de la conducta ante la enfermedad permite el diseño de intervenciones multidisciplinarias orientadas a la adaptación al padecimiento, el aumento de la adherencia terapéutica, la disminución de secuelas y la administración de los recursos destinados al cuidado de la salud; de allí la importancia del diseño y desarrollo de instrumentos de medición confiables y válidos, entre los que se encuentra el Cuestionario de Respuestas Conductuales ante la Enfermedad. El objetivo del presente estudio fue adaptar y validar psicométricamente este instrumento para la población mexicana mediante un análisis factorial exploratorio. Se trabajó con jueces expertos y no expertos para la validación del contenido, y con 239 pacientes hematológicos de un hospital de la Ciudad de México para la validación psicométrica y el análisis factorial exploratorio. Se encontró una estructura de quince ítems y cuatro factores con una confiabilidad aceptable, por lo que se concluye que el citado instrumento es una medida que se puede aplicar a pacientes hematológicos; sin embargo, se recomienda revisar exhaustivamente los reactivos y llevar a cabo más estudios de validación psicométrica en la población meta.

Palabras clave: Conducta; Enfermedad hematológica; Validación psicométrica.

ABSTRACT

Patient behavior plays a fundamental role in the search for medical attention including diagnosis and treatment, as well as in physical, psychological and social consequences for the patient. This is especially important when it comes to illnesses that require close continuous monitoring such as the case of haematological diseases. The evaluation behavior in the face of illness allows for the design of multidisciplinary interventions aimed to the psychological adaptation to the disease, increased therapeutic adherence and less sequels and administration of health care resources. Thus it is important to develop valid and reliable measurement instruments for these purposes. One such instrument is the Behavioral Responses to Illness Questionnaire. The aim of the present study was to adapt and psychometrically validate this instrument for the Mexican population through exploratory factorial analysis. Expert and non-expert judges for the validation of content, and 239 haematological patients from a large public hospital in Mexico City participated. Results revealed a structure of fifteen items and four factors, with acceptable reliability. It is concluded that the

¹ División de Investigación y Posgrado, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, Av. de Los Barrios 1, Los Reyes Iztacala, 54090 Tlalnepantla de Baz, Edo. de México, México, tels. (55)14-29-88-28 y (55)17-95-71-23, correos electrónicos: psiccarrillovz@gmail.com y psicmaeoc@gmail.com. Artículo recibido el 6 de mayo y aceptado el 14 de noviembre de 2019.

Behavioral Responses to Illness Questionnaire for haematological patients is an applicable measure. However, it is recommended to further carry out a thorough review of the items, and more psychometric validation research with this target population.

Key words: Behavior; Haematological illness; Psychometric validation.

En los últimos años, la morbilidad y mortalidad por hematopatologías han aumentado significativamente en México, y desde 1998 las enfermedades oncohematológicas se posicionaron entre las principales causas de muerte. Incluso, a partir de 2011 y hasta 2016, el cáncer de órganos hematopoyéticos causó más fallecimientos que el cáncer de células germinales, en una proporción de 3 por cada 100 mil habitantes menores de 20 años de edad (Báez, 2015; Duque, 2002; Herrera, 2016; Instituto Nacional de Estadística y Geografía, 2017; Licona, 2017; Martínez, 2009; Rosas, 2014). Una tendencia similar en cuanto a su prevalencia es la que presentan los padecimientos hematológicos benignos (Covarrubias, Sotelo y Hurtado, 2004; Federación de Hemofilia de la República Mexicana, 2016; Licona, 2017; Shamah et al, 2013); de allí la importancia del diagnóstico y tratamiento oportunos, así como de las intervenciones multidisciplinarias orientadas a la adaptación al padecimiento, el aumento de la adherencia terapéutica, la disminución de secuelas y la administración de recursos destinados al cuidado de la salud.

La detección y el acceso al tratamiento, al igual que las consecuencias de cualquier padecimiento biológico, están determinados por las reacciones de los pacientes ante los primeros síntomas físicos de enfermedad, según señalaba Mechanic (1961), quien denominó a estas reacciones *conductas ante la enfermedad*, una serie de respuestas variadas y diferenciales, producto de la experiencia previa y el entrenamiento diferencial (cf. Galán, Blanco y Pérez, 2000; Galán, Pérez y Blanco, 2001; Rodríguez et al., 2012; Sirri, Fava y Sonino, 2013; Spence, Moss-Morris y Chalder, 2005).

Décadas más tarde se introdujo el término *conducta anormal de enfermedad*, que alude a respuestas de tipo desadaptativo y persistente que aparecen en los padecimientos crónicos (Atik y Paratepe, 2016; Bravo, 2014; Pilowsky, 1993; Prior

y Bond, 2017; Rivera, 2014), y posteriormente el concepto de conducta ante la enfermedad cobró tal relevancia que se desarrollaron modelos teóricos que explican las relaciones entre el enfermo, sus representaciones de enfermedad, sus reacciones y las consecuencias para su salud (Herzlich y Pierret, 1973; Larsen, 2009; Levanthal, Levanthal y Cameron, 2001; Leventhal, Nerenz y Steele, 1984; Weinman, Petrie, Moss-Morris y Horne, 1997).

La evaluación de la conducta ante la enfermedad permite caracterizar patrones de respuesta entre los individuos que padecen una patología determinada, lo que a su vez posibilita la identificación de las maneras en que cada paciente reconoce al padecimiento, selecciona la atención médica, busca apoyo, se adhiere al tratamiento e incluso desarrolla síndromes médicos adicionales. Por tanto, medir las conductas ante la enfermedad de una forma confiable y válida facilita la comprensión general de la salud y enfermedad y fomenta el diseño de programas de intervención que favorezcan la adaptación a la enfermedad, el incremento de la adherencia terapéutica, la disminución de secuelas y la economía de los recursos destinados al cuidado de la salud (Galán, Pérez y Blanco, 2001; Mechanic, 1961; Sirri et al., 2013; Spence, Moss-Morris y Chalder, 2005).

Spence et al. (2005) y Sirri et al. (2013) señalan que se han diseñado algunas herramientas para medir la conducta ante la enfermedad. El más conocido es el *Illness Behaviour Questionnaire (IBQ)*, desarrollado por Pilowsky y Spence en 1975 (cf. Enríquez, Schneider y Rodríguez, 2010), que se basa en la Escala Whiteley de Hipocondría (Pilowsky, 1967). Consta de 62 ítems con opción dicotómica de respuesta y siete subescalas: hipocondría general, percepción psicológica y somática de la enfermedad, inhibición afectiva, distorsión afectiva, negación de los problemas e irritabilidad, y la propia Escala Whiteley de Hipocondría. Dicho cuestionario ha sido traducido y validado para población española. No obstante, a pesar de su nombre, evalúa principalmente variables cognitivas.

Por otro lado, las *Illness Attitude Scales (IAS)*, desarrolladas por Kellner (1986), resultan útiles para la detección de hipocondriasis; además de que consideran dimensiones como inquietud por la enfermedad, preocupación por el dolor, hábitos de

salud, creencias hipocondriacas, tanatofobia, fobia a la enfermedad y preocupaciones corporales. Cabe mencionar que las IAS han sido empleadas como sustituto del IBQ.

También destaca la Scale for the Assessment of Illness Behaviour (SAIB), de Rief, Ihle y Pigler (2003), que surge como un intento de medición del comportamiento real en lugar de las cogniciones o experiencias subjetivas. Esta escala incluye 26 ítems que miden la expresión conductual de la verificación del diagnóstico, la expresión de los síntomas, la medicación, las consecuencias de la enfermedad y el escaneo o exploración del cuerpo. Dicha escala ha mostrado susceptibilidad de cambio ante la ansiedad; no obstante, no se modifica por la somatización ni por la depresión (Enriquez, Schneider y Rodríguez, 2010).

Otros instrumentos importantes son el *Cuestionario de Conducta de Enfermedad* (CEE), elaborado en el Hospital "Morales Meseguer", de Murcia (España) (cf. Abad y Vicente, 1999; Galán et al., 2000), construido a partir de la investigación con pacientes que viven con dolor crónico. Consiste en diez factores: depresión-anhedonia, hipocondriasis, reproche social, implicación psicológica, depresión ansiosa, manipulación social, convicción de enfermedad, indefensión, instalación biográfica y apoyo social; mientras que el *Cuestionario de Salud Conductual*, de Millon, Green y Meagher (1992), evalúa ocho estilos de afrontamiento y seis actitudes psicógenas en seis subescalas: tensión crónica, estrés reciente, pesimismo premórbido, falta de esperanza en el futuro, alineación social y ansiedad somática.

Incluso se han diseñado instrumentos específicos, como el *Cuestionario Multidimensional de Adaptación a la Enfermedad para Pacientes Oncohematológicos* (CMAE-OH), de Arranz y Ulla (2008), que a través de 58 ítems, aplicados en forma de entrevista, evalúa las siguientes áreas: datos de organización sanitaria, datos médicos, datos sociodemográficos, situación clínica, apoyo social, bienestar percibido, historia psicopatológica previa, eventos vitales, así como recursos personales y afrontamiento. No obstante, los niveles de confiabilidad son muy bajos, mientras que su validez es limitada y cuestionable.

Es importante destacar que el número de instrumentos que miden la conducta ante la enfermedad es reducido y no existe suficiente evidencia

sobre sus propiedades psicométricas y adaptaciones a población mexicana diagnosticada con enfermedades hematológicas. Además, consideran otros aspectos del constructo y priorizan los componentes subjetivos.

El *Behavioural Responses to Illness Questionnaire* (BRIQ) (Cuestionario de Respuestas Conductuales ante la Enfermedad) desarrollado por Spence, Moss-Morris y Chalder (2005), se diferencia del resto de esos instrumentos en que permite medir respuestas conductuales ante la enfermedad a través de cuatro dimensiones: Conducta todo o nada, Conducta limitante, Búsqueda de apoyo emocional y Búsqueda de apoyo práctico; además, predice el desarrollo de síndromes somáticos secundarios al padecimiento de base. Aunque el BRIQ fue diseñado para enfermedades infecciosas, se han adaptado algunas de sus subescalas para padecimientos no agudos. Por ejemplo, Kindermans et al. (2011) retomaron y tradujeron al alemán las subescalas Conducta todo o nada y Conducta limitante para 132 pacientes con dolor crónico. Hou et al. (2011) adaptaron y aplicaron las mismas subescalas para a 126 pacientes con lesión cerebral traumática leve. Asimismo, Restall et al. (2014) aplicaron una adaptación de la subescala Conducta limitante a 1,950 mujeres con peso gestacional excesivo. No obstante, dichos autores no proporcionaron información sobre las propiedades psicométricas de la adaptación de la subescala utilizada.

Es evidente que las aplicaciones de este instrumento han sido escasas, no se han considerado la totalidad de dimensiones que lo conforman, y aquellos autores que ofrecen algunas propiedades psicométricas han empleado muestras pequeñas. Así, hasta hoy no se encontraron registros del desarrollo de la adaptación y validación para la población mexicana, y mucho menos para la población de pacientes hematológicos.

En consecuencia, el objetivo del presente estudio instrumental de adaptación e identificación de propiedades psicométricas (Montero y León, 2007) fue adaptar a la población mexicana y validar psicométricamente el BRIQ en pacientes hematológicos de un hospital de la Ciudad de México mediante la propuesta metodológico-estadística de adaptación y validación psicométrica de Reyes y García (2008).

MÉTODO

Participantes

Se trabajó con dos grupos de participantes. El grupo de validación de contenido por jueces estuvo conformado por 17 expertos: ocho hombres (47.05%) y nueve mujeres (52.95%) de entre 25 y 66 años de edad, con una edad promedio de 35 años y una desviación estándar de 9 años. Quince de ellos (88.24%) eran especialistas en medicina o medicina conductual con más de seis meses de experiencia en la atención y manejo de pacientes con diagnósticos hematológicos ($M = 11.57$; $D.E. = 9$ años), un experto en psicología con diez años de experiencia en clínica y salud biológica y un experto en lengua inglesa con ocho años de experiencia en la traducción de inglés-español. Todos los participantes refirieron el español como lengua nativa y el inglés como lengua extranjera. Asimismo, participaron cuatro jueces no expertos: cuatro hombres (75%) y una mujer (25%), pacientes de un hospital de la Ciudad de México, diagnosticados con enfermedades hematológicas, cuyas edades variaron de 22 a 44 años ($M = 29$ años; $D.E. = 9$ años), la mitad de los cuales habían sido diagnosticados con padecimientos oncohematológicos, y la otra mitad con enfermedades benignas.

El grupo de validación psicométrica estuvo conformado, de manera intencional no probabilística, por 239 pacientes del servicio de hematología de un hospital de la Ciudad de México, de los cuales 140 fueron mujeres y 99 hombres, con una edad promedio de 44 años y una desviación estándar de 17. En cuanto a su estado civil, 91 refirieron ser solteros, 94 casados, 29 vivían en unión libre, 4 eran divorciados, 14 viudos y 7 separados. Respecto al padecimiento hematológico, 112 tenían diagnóstico de padecimiento oncológico y 104 de padecimientos benignos, mientras que 23 se encontraban en fase de estudio o prediagnóstico. Por otro lado, 79 eran pacientes hospitalizados, 151 de consulta externa y 9 de quimioterapia ambulatoria. El tamaño de la muestra se determinó al exceder diez veces el número de reactivos (Nunnally y Bernstein, 1994) (cf. también Velasco et al., 2017).

Instrumento

Behavioural Responses to Illness Questionnaire (BRIQ) (Spence et al., 2005).

Este instrumento consta de 21 ítems que se evalúan en una escala Likert, en la que se califica la frecuencia de las conductas a través de cuatro subescalas: Conducta todo o nada, Conducta limitante, Búsqueda de apoyo emocional y Búsqueda de apoyo práctico. Tiene una confiabilidad aceptable, de entre 0.81 y 0.89 en cada subescala. Además, se ha probado su validez predictiva en cuanto al desarrollo de síndrome de intestino irritable, medido por criterios Roma I y II, en poblaciones que habían padecido infección por *Campylobacter*.

Se empleó la versión traducida y adaptada del BRIQ, producto del proceso de validación de contenido por jueces expertos, así como de la retraducción y adecuación a un lenguaje culturalmente relevante, la cual se compone de 19 ítems, con cinco opciones de respuesta de tipo Likert (1, "Para nada"; 2, "Pocos días"; 3, "Algunos días"; 4, "La mayoría de los días, y 5, "Todos los días).

Procedimiento

Para la validación por jueces expertos se estableció contacto con ellos de manera personal en sus centros y espacios de trabajo, y se les informó los fines de la investigación y la necesidad de preservar la confidencialidad de los datos obtenidos. A cada uno de los jueces se entregó formatos de adaptación para evaluar la exactitud de la traducción y la adaptación de los ítems en función de la versión original en inglés, y a continuación se obtuvieron los porcentajes del acuerdo entre jueces de cada uno de los ítems. Si un ítem obtenía un porcentaje menor de 80%, se modificaba con base en las propuestas de los expertos. Asimismo, se consideraron las sugerencias de redacción y de estilo propuestas por el grupo de jueces. Al no obtener el porcentaje de acuerdo adecuado, se conformó un segundo grupo de jueces con el fin de conseguir un porcentaje mayor de 80% para cada ítem.

Por otro lado, el grupo de jueces no expertos fue contactado en el área de hospitalización del servicio de hematología del citado hospital. Se so-

licitó su participación voluntaria y se les entregó los formatos. En dicha aplicación se obtuvieron el tiempo requerido para la aplicación de la prueba, la dificultad percibida, así como las observaciones y sugerencias respecto al lenguaje empleado. Después se revisaron los reactivos, la retraducción y la adecuación cultural que derivó en la versión adaptada de la escala.

Para la validación psicométrica del cuestionario, se localizó a los pacientes en la sala de espera de la consulta externa, en el área de hospitalización del servicio de hematología y en la de quimioterapia ambulatoria del servicio de oncología, a quienes se invitó a participar en el estudio. Una vez obtenido su consentimiento, se les entregó la versión adaptada del instrumento y se les proporcionó las instrucciones para su llenado. Los pacientes que refirieron problemas de visión o de fatiga por la enfermedad o el tratamiento recibieron apoyo, y se les leyó cada reactivo y las opciones

de respuesta. Al finalizar la aplicación, se les agradeció el haber participado. Una vez obtenidos los datos, se llevó a cabo la validación psicométrica culturalmente relevante, que incluye el análisis de las propiedades de distribución discriminación, confiabilidad y estructura factorial de los reactivos de la escala (Reyes y García, 2008).

RESULTADOS

Se hizo el análisis de frecuencias de cada uno de los reactivos, a partir del cual se halló que todas las opciones de respuesta mostraron frecuencias, y luego se calculó la asimetría, la curtosis y la prueba *z* de Kolmogorov-Smirnov. Tal como se muestra en la Tabla 1, se encontró que todos los reactivos presentaron una distribución sesgada, por lo que para los análisis siguientes se utilizó la estadística no paramétrica.

Tabla 1. Análisis de la propiedad de distribución de los reactivos del BRIQ adaptado.

Reactivo	Análisis de distribución de frecuencia					Asimetría	Curtosis	Prueba de normalidad	
	Frecuencia en porcentaje por opción de respuesta							<i>z</i>	<i>p</i>
	Opción de respuesta								
	1	2	3	4	5				
BRIQ1	4	6	8	13	69	-1.741	1.946	6.304	.000**
BRIQ2	16	11	16	25	35	-.567	-1.090	3.566	.000**
BRIQ3	26	18	36	13	7	.224	-.774	3.127	.000**
BRIQ4	13	19	30	15	23	-.019	-1.072	2.655	.000**
BRIQ5	35	22	23	10	10	.590	-.773	3.142	.000**
BRIQ6	42	18	23	10	7	.713	-.591	3.868	.000**
BRIQ7	36	20	25	11	8	.565	-.765	3.326	.000**
BRIQ8	32	13	15	13	27	.092	-1.583	3.062	.000**
BRIQ9	35	11	18	12	24	.170	-1.534	3.358	.000**
BRIQ10	8	13	28	22	29	-.380	-.869	2.652	.000**
BRIQ11	8	16	21	23	32	.001	-1.639	3.085	.000**
BRIQ12	29	16	21	23	32	-.439	-.977	2.925	.000**
BRIQ13	56	15	12	6	11	1.154	-.056	5.143	.000**
BRIQ14	47	18	12	12	13	.747	-.897	4.107	.000**
BRIQ15	44	18	16	11	11	.721	-.823	4.028	.000**
BRIQ16	42	8	13	15	21	.282	-1.570	4.175	.000**
BRIQ17	41	19	14	13	13	.638	-1.001	3.728	.000**
BRIQ18	26	26	21	8	20	.412	-1.149	3.088	.000**
BRIQ19	25	18	24	10	23	.164	-1.315	2.331	.000**

***p* ≤ .01

La discriminación se analizó mediante la comparación de grupos extremos (primero y cuarto cuartiles)

respecto al puntaje total de la escala. Se empleó una prueba *U* de Mann-Whitney y una correlación

entre el total de la prueba y cada uno de los ítems, tal como se muestra en la Tabla 2. Se eliminaron

los reactivos con correlaciones bajas ($r < .30$); los demás discriminaron significativamente.

Tabla 2. Análisis de la propiedad de discriminación de los reactivos del BRIQ adaptado.

Reactivo	Comparación de grupos extremos				
	U de Mann-Whitney	W de Wilcoxon	Z	p	Correlación reactivo total
BRIQ1	1505	3275	-1.736	.083	.124
BRIQ2	1695	3525	-.414	.679	-.039
BRIQ3	683	2453	-5.970	.000**	.484**
BRIQ4	803	2573	-5.278	.000**	.470**
BRIQ5	1130	2900	-3.496	.000**	.327**
BRIQ6	1018	2788	-4.315	.000**	.426**
BRIQ7	637	2407	-6.261	.000**	.487**
BRIQ8	787	2557	-5.465	.000**	.415**
BRIQ9	468	2238	-7.233	.000**	.539**
BRIQ10	539	2309	-6.720	.000**	.560**
BRIQ11	322	2092	-8.151	.000**	.620**
BRIQ12	497	2267	-6.999	.000**	.565**
BRIQ13	603	2373	-6.841	.000**	.533**
BRIQ14	904	2674	-4.988	.000**	.346**
BRIQ15	832	2602	-5.317	.000**	.354**
BRIQ16	1321	3091	-2.540	.011*	.210**
BRIQ17	930	2700	-4.733	.000**	.306**
BRIQ18	523	2293	-6.848	.000**	.578**
BRIQ19	416	2186	-7.405	.000**	.554**

* $p \leq .05$

** $p \leq .01$

Se efectuó un análisis factorial exploratorio de ejes principales con rotación oblicua con el propósito de conocer la estructura de la escala. Se encontraron cuatro soluciones que explican 46.48% de la varianza.

Para corroborar la pertinencia del análisis, se calculó la medida de adecuación muestral Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO = .78$) y la prueba de esfericidad de Bartlett ($\chi^2(120) = 1159.99$, $p < .01$), lo que permite concluir que la matriz de correlaciones era la adecuada. Después se calculó la confiabilidad total de la escala mediante el coeficiente alfa de Cronbach, obteniéndose un valor aceptable ($\alpha = .78$). En cuanto a la confiabilidad por factor, los coeficientes alfa hallados fueron, para el factor 1, .67; para el factor 2, .77; para el factor 3, .76, y para el factor 4, .66. Los nuevos factores podrían definirse como fatiga, conducta limitante, apoyo social y sobre esfuerzo.

En la Tabla 3 se muestra las cargas factoriales de cada uno de los reactivos.

Tabla 3. Análisis factorial exploratorio de ejes principales con rotación oblicua del BRIQ adaptado.

Reactivo	Factor			
	1	2	3	4
BRIQ12	-.714	-.044	-.055	-.009
BRIQ10	-.560	-.023	-.110	-.125
BRIQ19	-.446	-.272	-.069	-.149
BRIQ15	-.132	-.904	-.063	-.094
BRIQ17	-.057	-.841	-.006	-.163
BRIQ13	-.164	-.548	-.061	-.118
BRIQ3	-.255	-.374	-.011	-.123
BRIQ5	-.233	-.007	-.661	-.053
BRIQ18	-.274	-.008	-.622	-.067
BRIQ4	-.109	-.046	-.604	-.112
BRIQ7	-.016	-.030	-.583	-.148
BRIQ11	-.334	-.040	-.540	-.090
BRIQ6	-.030	-.169	-.065	-.646
BRIQ14	-.021	-.105	-.044	-.642
BRIQ8	-.023	-.169	-.173	-.607

DISCUSIÓN

El objetivo del presente trabajo fue adaptar para la población mexicana y validar psicométricamente el *Behavioural Responses to Illness Questionnaire* (BRIQ) en una muestra hematológica de un hospital de la Ciudad de México. La versión final obtenida mostró una confiabilidad aceptable pero baja ($\alpha = .78$), si se considera lo señalado por Reidl (2013) respecto al tamaño del coeficiente de confiabilidad, ya que se dirige a una población específica de un campo aplicado de la psicología, y a que los resultados de su administración hacen posible la identificación de necesidades de intervención, al igual que la toma de decisiones para el diseño y desarrollo de un plan de tratamiento.

En el análisis factorial exploratorio se encontró una estructura de cuatro factores, al igual que en la escala original; no obstante, los reactivos no se agruparon de la misma manera; además, su consistencia interna es aceptable pero baja, y solamente explica 46.48% de la varianza; es decir, 53.52% se debe a factores no considerados en el instrumento, lo que indica que el constructo es multidimensional y, por tanto, requiere una revisión exhaustiva de los ítems y dimensiones que conforman la escala. Probablemente, es necesario abarcar otros factores de la conducta ante la enfermedad que sí incluyen autores como Pilowsky y Spence (1975), Rief et al. (2003) y Arranz y Ulla (2008).

Por otro lado, la eliminación de los ítems 1, 2, 9 y 16 se relaciona tanto con las características de la población meta como con factores culturales. Así, se eliminó el reactivo 1, referido al cuidado que brinda la familia, debido a que la mayoría de los participantes dieron puntuaciones altas, lo que indica que para la muestra la familia era la principal fuente de apoyo durante el proceso de diagnóstico y tratamiento de una enfermedad hematológica, lo que concuerda con lo que sostienen Gutiérrez, Díaz y Román (2016), ya que, independientemente de los cambios sociales, demográficos y tecnológicos que han impactado la estructura y función de esta entidad en distintas zonas del mundo, en México la familia sigue siendo una institución de referencia a la que se acude para buscar apoyo y resolver problemas. Para los mexicanos, el apoyo de la familia en situaciones

difíciles —como una enfermedad crónica— se considera como necesario e incluso obligatorio, y es el más accesible en comparación con otras fuentes de ayuda (Instituto Nacional de las Mujeres, 2015).

En cuanto al reactivo 2, los participantes se inclinaron por darle puntuaciones altas debido a que el mexicano tiene motivaciones específicas para continuar llevando a cabo sus actividades cotidianas a pesar de estar enfermo. De acuerdo con Díaz-Guerrero (1999), para el mexicano no resulta sencillo admitir la disminución de su capacidad de trabajo. Para él, la manutención de su familia, la obtención de bienes materiales, la necesidad de ofrecer seguridad y la posibilidad de acceder a un estatus social mayor a través del trabajo revisten una gran importancia. El mexicano valora, ante todo, la responsabilidad (cf. Mendoza, 2010).

A su vez, el reactivo 9, que denota la ejecución de ejercicios físicos, tampoco mostró propiedades discriminantes, lo que seguramente está relacionado con las características del paciente hematológico, que por su mismo padecimiento, o bien por el tratamiento, tiene indicaciones médicas de evitar la actividad física, por lo menos durante un tiempo, debido a sus potenciales efectos adversos (Janssen-Cilag, S.A., 2016; Servicio de Hematología del Hospital Universitario de Salamanca, 2010).

Cabe señalar que el reactivo 16 fue eliminado por no corresponder al objetivo de la escala de medir la conducta objetiva ante la enfermedad sobre los factores subjetivos que conforman el constructo.

Finalmente, en cuanto a la extensión de la escala, se convierte en una herramienta breve de evaluación que incluye reactivos con propiedades psicométricas aceptables. Aunque resulta práctico, se tiene que considerar que las propiedades psicométricas no alcanzaron niveles óptimos y que ya no es posible comparar la nueva versión con la original. Por tanto, los resultados solo pueden ser generalizables a la población estudiada.

Es importante resaltar que las propiedades psicométricas, aunque aceptables, no tienen valores óptimos. Además, al circunscribir el estudio a un solo escenario es importante señalar que se puede haber incurrido en la descripción de las características de la muestra, y no necesariamente en

la obtención de propiedades psicométricas. También es necesario considerar que un nuevo factor, denominado *fatiga*, merece especial atención debido a que los pacientes hematológicos experimentan cansancio y fatiga exacerbados debido a la condición médica y al tratamiento (Janssen-Cilag, S.A., 2016).

Los presentes resultados muestran que es necesario revisar exhaustivamente los reactivos que conforman la escala con el fin de formular nuevas propuestas que enriquezcan sus subescalas. Por

supuesto, se necesitan también más aplicaciones en los diversos escenarios en los que se desenvuelve el paciente hematológico. Solo de esta manera se estará en condiciones de determinar si se trata de una prueba confiable y válida que contribuya a la identificación de patrones conductuales y la detección de necesidades de intervención psicológica que favorezcan la adaptación a la enfermedad, la adherencia terapéutica, la disminución de secuelas y la economía de los recursos destinados al cuidado de la salud.

REFERENCIAS

- Abad, M.A. y Vicente, A. (1999). Conductas de enfermedad y modos de enfrentamiento ante la enfermedad en pacientes heroínómanos En M. E. Medina, C. M. García y A. Romero (Comps.): *La psicología como profesión. Enfoques actuales* (pp. 247-260). Murcia: Universidad de Murcia.
- Arranz, P. y Ulla, S. (2008). Diseño y validación de un Cuestionario Multidimensional de Adaptación a la Enfermedad para Pacientes Onco-Hematológicos (CMAE-OH). *Psicooncología*, 5(1), 7-25.
- Atik, D. y Paratepe, H. (2016). Scale development study: Adaptation to chronic illness. *Acta Médica Mediterránea*, 32, 135-142.
- Báez, C. (2015). *Estudian incremento de la mortalidad por leucemia linfoblástica en México*. Recuperado de <http://www.conacytprensa.mx/index.php/ciencia/salud/3628-incrementa-la-mortalidad-por-leucemia-linfoblastica-aguda-en-mexico>.
- Bravo M., C. (2014). Generalidades psicológicas de los padecimientos crónico-degenerativos. En L. Reynoso y A. L. Becerra (Coords): *Medicina conductual. Teoría y práctica* (pp. 43-64). México: Qartuppi.
- Covarrubias, R., Sotelo, N. y Hurtado, J.G. (2004). Púrpura trombocitopénica autoinmune. Informe de 108 casos. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 61(2), 119-127.
- Díaz-Guerrero, R. (1999). *Psicología del mexicano*. México: Trillas.
- Duque R., J. (2002). Factores ambientales, neoplasias hematológicas y mecanismos moleculares. *Gaceta Médica de México*, 138(S1), 13-14.
- Enríquez B., H., Schneider, R. y Rodríguez J., T. (2010). Creencias de salud, empleo de servicios médicos y comportamiento hacia la enfermedad. En H. Enríquez B., R. E. Schneider y J. T. Rodríguez (Eds.): *Síndrome de intestino irritable y otros trastornos relacionados. Fundamentos biopsicosociales* (pp. 313-332). México: Médica Panamericana.
- Federación de Hemofilia de la República Mexicana (2016). *Nuestra historia. 25 años trabajando por nuestra comunidad*. México: FHRM. Recuperado de <http://www.hemofilia.org.mx/web16/nuestra-historia/>.
- Galán, A., Blanco, A. y Pérez, M.A. (2000). Análisis del concepto de conducta de enfermedad: Un acercamiento a los aspectos psicosociales del enfermar. *Anales de Psicología*, 16(2), 157-166.
- Galán, A., Pérez, 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.
- Gutiérrez, R., Díaz, K.Y. y Román R., P. (2016). El concepto de familia en México: una revisión desde la mirada antropológica y demográfica. *Ciencia Ergo Sum*, 23(3). Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10448076002>.
- Herrera, A. (2016). *Eficacia de un programa multicomponente para el manejo de la fatiga relacionada al cáncer*. Tesis inédita de maestría. México: UNAM.
- Herzlich C. y Pierret, J. (1973). *The construction of a social phenomenon: AIDS in the French press*. New York: Academic Press.
- Hou, R., Moss-Morris, R., Peveler, R., Mogg, K., Bradley, B.P. y Belli, A. (2011). When a minor head injury results in enduring symptoms: a prospective investigation of risk factors for postconcussional syndrome after mild traumatic brain injury. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 28, 1719-1725.
- Instituto de las Mujeres (2015). *Cómo funcionan las redes de apoyo familiar y social en México*. México: INMUJERES. Recuperado de <http://inmujeres.gob.mx>.
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) (2017). *Estadísticas a propósito del Día Mundial contra el Cáncer (4 de febrero) Datos nacionales*. México: INEGI. Recuperado de http://www.inegi.org.mx/saladeprensa/aproposito/2017/cancer2017_Nal.pdf.

- Janssen-Cilag, S.A. (2016). *Cansancio/fatiga*. Recuperado de <http://cancerenlasangre.com>.
- Kellner, R. (1986). *Abridged manual of the Illness Attitudes Scale*. Albuquerque, NM: University of New Mexico.
- Kindermans, H.P.J., Roelofs, J., Goossens, M.E., Huijnen, P.J., Verbunt, J.A. y Vlaeyen, J.W.S. (2011). Activity patterns in chronic pain: Underlying dimensions and associations with disability and depressed mood. *The Journal of Pain*, 12(10), 1049-1058. doi: 10.1016/j.jpain.2011.04.009.
- Larsen, P.D. (2009). Illness behavior. En P. D. Larsen y I. M. Lubkin (Eds.): *Chronic illness. Impact and intervention* (pp. 25-42). Sudbury, MA: Jones & Bartlett Publishers.
- Leventhal, H., Leventhal, E.A. y Cameron, L. (2001). Representations, procedures and affect in illness self-regulation: a perceptual-cognitive model. En A. Baum, T. A. Revenson y J. E. Singer (Eds.): *Handbook of Health Psychology* (pp. 19-47). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Leventhal, H., Nerenz, D.R. y Steele, D.J. (1984). Illness representations and coping with health threats. En A. Baum., S. E. Taylor y J. E. Singer (Eds.): *Handbook of Psychology and Health, v. IV: Social psychological aspects of health* (pp. 219-252). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Licona, I. (2017). "Leucemia y linfoma no-Hodgkin, frecuentes en población mexicana". *Punto por Punto*, 15 de junio. Recuperado de <http://www.puntoporpunto.com/opinion/hablemos-de-cancer-sin-miedo/leucemia-y-linfoma-no-hodgkin-frecuentes-en-poblacion-mexicana/>.
- Martínez, R. (2009). *Reporte de experiencia profesional* (Tesis inédita de maestría). México: UNAM.
- Mechanic, D. (1961). The concept of illness behavior. *Journal of Chronic Diseases*, 15, 189-194.
- Mendoza, J. (2010). Permanencia y evolución de la cultura laboral en México. El marco de referencia o modelo mental de trabajadores en organizaciones mexicanas. *Innovaciones de Negocios*, 7(1), 105-137.
- Millon, T., Green, C. y Meagher, R. (Eds.) (1992). *Handbook of Clinical Health Psychology*. New York: Plenum Press.
- Montero, I. y León, O.G. (2007). A guide for naming research studies in Psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862.
- Nunnally, J. y Bernstein, I. (1994). *Psychometric theory*. New York: McGraw-Hill.
- Pilowsky, I. (1967). Dimensions of hypochondriasis. *British Journal of Psychiatry*, 113(494), 89-93.
- Pilowsky, I. (1993). Aspects of abnormal illness behaviour. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 60, 62-74.
- Pilowsky, I. y Spence, N. (1975). Patterns of illness behavior in patients with intractable pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 40, 345-350.
- Prior, K.N. y Bond, M.J. (2017). Patterns of 'abnormal' illness behavior among healthy individuals. *American Journal Health Behavior*, 41(2), 139-146. doi: <https://doi.org/10.5993/AJHB.41.2.4>.
- Reidl M., L.M. (2013). Confiabilidad en la medición. *Investigación en Educación Médica*, 2(6), 107-111. doi: [https://doi.org/10.1016/S2007-5057\(13\)72695-4](https://doi.org/10.1016/S2007-5057(13)72695-4).
- Restall, A., Taylor, R.S., Thompson, J.M.D., Flower, D., Dekker, G.A., Kenny, L.C., Poston, L. y McCowan, L.M.E. (2014). Risk factors for excessive gestational weight gain in a healthy, nulliparous cohort. *Journal of Obesity*. Article ID 148391. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1155/2014/148391>.
- Reyes L., I. y García B., L.F. (2008). Procedimiento de validación psicométrica culturalmente relevante. Un ejemplo. En Asociación Mexicana de Psicología social (edit.) *La Psicología Social en México XII* (pp.625-630). México: AMEPSO.
- Rief, W., Ihle, D. y Pilger, F. (2003). A new approach to assess illness behaviour. *Journal of Psychosomatic Research*, 54(5), 405-444.
- Rivera F., L.M. (2014). Medicina conductual y hematología. En L. Reynoso y A. L. Becerra (Coords.): *Medicina conductual. Teoría y práctica* (pp. 333-350), México: Qartuppi.
- Rodríguez, R., García, H., Barbero, J., Bajo, M.A., Sánchez, R., Del Peso, G., González, E. y Selgas, R. (2012). Propiedades psicométricas preliminares de un cuestionario multidimensional de adaptación a la enfermedad para pacientes onco-hematológicos (CMAE-OH) adaptado a pacientes renales en diálisis (CMAE-RD). *Psicooncología*, 9(2-3), 369-391.
- Rosas J., H. (2014). *Reporte de experiencia profesional* (Tesis inédita de maestría). México: UNAM.
- Servicio de Hematología del Hospital Universitario de Salamanca (2010). *Cuidados físicos para el paciente de cáncer*. Salamanca (España): Autor. Recuperado de <http://www.hematosalamanca.es/index.php/pacientes-y-familiares/vida-despues-del-cancer/71>.
- Shamah-Levy T., Villalpando, S., Mundo R., V., De la Cruz G., V., Mejía R., F. y Méndez, I. (2013). Prevalencia de anemia en mujeres mexicanas en edad reproductiva, 1999-2012. *Salud Pública de México*, 55(S2), 190-198. doi: <http://dx.doi.org/10.21149/spm.v55s2.5115>.
- Sirri, L., Fava, G.A y Sonino, N. (2013). The unifying concept of illness behavior. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 82, 74-81. doi: 10.1159/000343508.

- Spence, M., Moss-Morris, R. y Chalder, T. (2005). The Behavioural Responses to Illness Questionnaire (BRIQ): A new predictive measure of medically unexplained symptoms following acute infection. *Psychological Medicine*, 35, 583-593. doi: <https://doi.org/10.1017/S0033291704003484>.
- Velasco R., E., Duarte A., R.E., Riveros R., A., Sánchez-S., J.J. y Reyes L., I. (2017). Validación de la Escala de Gravedad de Fatiga en población general de la Ciudad de México. *Evaluar*, 17(2), 113-125. Recuperado de <https://revistas.unc.edu.ar/index.php/revaluar/article/view/18725>.
- Weinman, J., Petrie, K.J., Moss-Morris, R. y Horne, R. (1996). The Illness Perception Questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and Health*, 11, 431-445.