

ADAPTACIÓN DE UN CUESTIONARIO PARA LA MEDIDA DE LA REPRESENTACIÓN DE LA ENFERMEDAD

Carlos J. van der Hofstadt Román* y Jesús Rodríguez-Marín**

* Servicio Valenciano de Salud y ** Universidad de Alicante

En este estudio se realiza la validación de la adaptación al castellano del cuestionario *Implicit Model of Illness* de Turk Rudy y Salovey (1986) para la medida de la representación de la enfermedad, considerando ésta como la imagen o idea que se tiene de la enfermedad. Para ello, la traducción del citado cuestionario se ha sometido a 571 sujetos, estudiantes de la Universidad de Alicante en relación a cuatro enfermedades (cáncer, diabetes, gripe e hipertensión), realizándose un análisis test-retest y el cálculo del Coeficiente Alfa de Cronbach, para valorar la fiabilidad; y la opinión de expertos, así como entrevistas en profundidad con un grupo de los sujetos estudiados, para establecer la validez aparente; y un análisis factorial para determinar la validez de constructo. Así mismo se han analizado las diferencias entre las distintas enfermedades utilizando el análisis de varianza oneway, con el procedimiento de Scheffé para comparaciones múltiples. Los resultados que se obtienen garantizan suficientemente las características psicométricas del cuestionario, revelándose una estructura de la representación de la enfermedad compuesta por nueve elementos que hemos denominado Identidad, Causa, Incapacidad, Curación, Responsabilidad personal, Controlabilidad, Mutabilidad y Azar.

Adaptation of a questionnaire for the assessment the illness representation. This study was conducted to study an spanish adaptation of the Turk, Rudy and Salovey's *Implicit Model of Illness Questionnaire* for the measurement of the illness representation. We have considering illness like the image or idea that the people had about the illness. The IMIQ, concerning four different diseases (cancer, diabetes, flu and hypertension) was administrated to 571 subjects, students of the University of Alicante. An analysis test-retest and the calculation of the Coeficiente Alfa of Cronbach was carried out, in order to stablish the reliability, and an factor analysis in order to determine the validity. The differences between the different illness were analyzed using the oneway ANOVA with the procedure of Schefée for multiple comparisons. The results guarantee the psychometric characteristics of the questionnaire, and they revealed a nine-dimensional structure of illnesses named Identity, Cause, Inability, Cure, Personal Responsibility, Controlability, Changeability and Chance.

El interés del estudio de la Representación de la enfermedad en la actualidad, es-

triba en la posible aplicación de los resultados a tres campos que son: el autodiagnóstico y búsqueda de ayuda sanitaria, la observancia de las recomendaciones médicas y los tratamientos y las reacciones de la población ante las víctimas de la enfermedad

Correspondencia: Carlos J. van der Hofstadt Román
Avda. Salamanca nº 15 - 6º B
03005 Alicante (Spain)

(Bishop, 1991). Sin embargo, pese a la relativa antigüedad de algunas de las referencias existentes, hasta hace relativamente poco tiempo no se han recopilado las distintas aportaciones existentes (Skelton y Croyle, 1991), existiendo diversas metodologías utilizadas para aproximarse a su conocimiento (van der Hofstadt, 1996).

Una de las estrategias utilizadas es la que se centra en el estudio de los contenidos de la representación de la enfermedad (Leventhal y cols. 1980, 1982 y 1984; Lau y Cols., 1983 y 1989 y Bishop y cols. 1986 y 1987). Desde esta estrategia, que se desarrolla mediante la realización de entrevistas, se concretan los contenidos en los que la población considera la representación de la enfermedad en *Identidad*, entendiéndose por tal el nombre y los síntomas tradicionalmente asociados a la enfermedad, razón y origen de la enfermedad (*Causa*), resultados y secuelas (*Consecuencias*), expectativas respecto al *Curso* de la enfermedad y su duración y, por último, *Curación*.

La segunda de las estrategias usadas en el estudio de la representación de la enfermedad, consiste en el establecimiento de dimensiones planteadas previamente, que se consideran relevantes para todas las enfermedades (Jenkins, 1966, Jenkins y Zizansky, 1968), y permite por su metodología (cuestionarios) una mayor facilidad para proceder al estudio de la representación de la enfermedad.

Turk, Rudy y Salovey (1986), se plantearon una integración de las dos estrategias mencionadas. Para ello, confeccionaron un cuestionario sobre la base de los estudios de los contenidos de la representación de la enfermedad, añadiendo a éstos las ventajas de la estrategia centrada en las dimensiones (Bishop, 1991). El cuestionario, denominado *Implicit Models of Illness Questionnaire* (IMIQ), incluía ítems referidos a los constructos de identidad, curso, consecuencias, causas, curación, responsabilidad personal y

gravedad, estaba compuesto por un total de 38 ítems con una escala de respuesta de nueve puntos (tipo Likert), en función del grado de acuerdo o desacuerdo con cada uno de los ítems.

Los autores (Turk, Rudy y Salovey, 1986), mediante la realización de análisis factorial con rotación oblicua varimax y promax, encontraron cinco factores que denominaron: Gravedad, Responsabilidad personal, Controlabilidad, Mutabilidad y un quinto factor no interpretable.

El objetivo de este trabajo es la adaptación del cuestionario IMIQ para la medida de la representación de la enfermedad a nuestro medio, dado que este es un instrumento autoaplicable, lo que facilita su posterior utilización; es breve, con un tiempo aproximado entre 10 y 15 minutos; y se ajusta a los constructos teóricos que recogen los principales estudios previos.

Método

Nuestra adaptación, a la que hemos denominado C.C.S.E. (Cuestionario de Creencias Sobre la Enfermedad), supuso la inclusión de un ítem referido a la influencia de la suerte en relación a la enfermedad, y la limitación a cinco puntos de la escala de respuesta, desde "muy en desacuerdo" a "muy de acuerdo" en cada uno de los ítems, dado que la original de nueve puntos la consideramos de excesiva dificultad para su utilización posterior con población general.

La primera traducción del cuestionario se sometió a un estudio preliminar en el que se pasó el cuestionario tanto al personal sanitario de un centro de salud (Centro de Salud de Almoradí. Área 20 del Servicio Valenciano de Salud), como a pacientes del mismo centro, adaptándose la formulación de algunas preguntas para que presentasen una mejor comprensión manteniendo una equivalencia conceptual en relación a la formulación original. Para la versión definitiva del

cuestionario se tuvieron en cuenta los requisitos establecidos para la construcción de cuestionarios con validez intercultural (Poortinga, 1983; Hambleton y Bollwark, 1991; Hambleton y Kanjee, 1995).

Para valorar la adaptación del cuestionario se procedió a la realización de un estudio de fiabilidad y validez.

A) ANÁLISIS DE LA FIABILIDAD

Para su valoración, llevamos a cabo un estudio de la fiabilidad test-retest, que tiene por objeto valorar el grado de acuerdo entre dos o más evaluaciones del mismo individuo, en las mismas condiciones y en diferentes ocasiones. Así mismo calculamos el Coeficiente "Alfa" de Cronbach para valorar la consistencia interna de las distintas subescalas de la prueba.

Para la realización de estas pruebas, se realizó una primera administración del cuestionario referido al cáncer a alumnos de distintos cursos y estudios de la Universidad de Alicante, realizándose un retest del mismo cuestionario, sobre la misma enfermedad y a los mismos individuos, entre diez y quince días posteriores al pase del primer cuestionario, manteniéndose en ambos países las mismas condiciones. Los cuestionarios se realizaron de forma anónima, indicando los sujetos una clave que permitió el emparejamiento posterior.

El cuestionario se administró a 260 alumnos de la Universidad de Alicante, de las carreras de Sociología (31,2%), Relaciones Laborales (17,3%), Magisterio (10%), Medicina (18,8%) y Enfermería (22,7%).

La edad de los sujetos se sitúa entre los 18 y los 46 años, con una media de 20,52 años (D.E.=3,52), siendo el 30,8% hombres y el 69,2% mujeres. En cuanto al estado civil, la mayoría (95,8%) son solteros, un 3,8% casados y un 0,4% divorciados y/o separados. Del total de sujetos, un 9,6% indica convivir o haber convivido con alguna persona que padece la enfermedad.

B) ANÁLISIS DE LA VALIDEZ

La validez corresponde al grado en que el estudio mide el objetivo que se propone (Ahlboom y Norell, 1987). En nuestro caso, utilizamos la validez aparente y la validez de constructo. La validez aparente, también denominada validez lógica, se refiere al grado en que "parece" que un cuestionario mide lo que se quiere medir (Comín, 1990), a juicio de expertos y de los propios sujetos.

La validez de constructo, representa el grado en que una medida se relaciona con otras de manera consistente con las hipótesis teóricas que definen el fenómeno o constructo que se quiere medir, siendo una de las alternativas más frecuentes en caso de ausencia de patrón o criterio. Cuando la validez de constructo se establece a través de las técnicas del análisis factorial, se denomina validez factorial. Mediante esta técnica, se analizan las interrelaciones existentes entre un conjunto de variables para intentar explicarlas a través de la extracción de los denominados "factores" (Streiner y Norman, 1989; Santiesteban, 1990; Hambleton y Kanjee, 1995).

Se optó por aplicar el cuestionario en relación a distintos tipos de enfermedades para establecer la presencia de una estructura factorial que pudiera adaptarse a cualquier tipo de enfermedad. Por este motivo se escogieron las mismas enfermedades que en el caso del cuestionario original (Turk y cols., 1986), y además la hipertensión, dado que esta enfermedad ha sido estudiada en numerosos trabajos sobre la representación de la enfermedad (entre otros Leventhal y cols., 1980; Meyer y cols., 1985; Pennebaker y Watson, 1988, etc.), realizándose por tanto, el estudio de la validez en relación al cáncer (236 cuestionarios), hipertensión (119 cuestionarios), gripe (107 cuestionarios) y diabetes (109 cuestionarios). Para valorar la existencia de diferencias en relación a las distintas enfermedades estudiadas, se realizó un análisis de varianza *oneway*, con el procedimiento de Sheffé para comparaciones múltiples.

La muestra utilizada en el pretest del estudio de fiabilidad del cuestionario fue ampliada hasta alcanzar un total de 571 sujetos, de los cuales, 134 eran estudiantes de secundaria y el resto, 437, eran alumnos de la Universidad de Alicante.

La edad de los sujetos se sitúa entre los 17 y los 40 años, con una media de 20,6 años (D.E.=3,41), siendo el 28.4% hombres y el 71.6% mujeres. En cuanto al estado civil, el 96,3% son solteros, un 3,3% casados y un 0,4% divorciados y/o separados.

En relación al conocimiento de la enfermedad, un 6.4% indica convivir o haber convivido con alguna persona que padece cáncer, un 19.3% hacerlo con alguien que padece hipertensión, un 17,4% con algún diabético, y un 87.9% indica haber padecido la gripe en alguna ocasión.

El análisis de los datos se realizó mediante la aplicación del paquete estadístico SPSSX-PC.

Resultados

Con los resultados de ambos pases del cuestionario utilizado para el estudio de la fiabilidad, se procedió a la realización de los

coeficientes de correlación entre las puntuaciones de los 260 estudiantes. En la Tabla 1, se presentan los resultados obtenidos entre cada uno de los 39 ítems, así como el nivel de significación de los mismos. Las correlaciones test-retest que oscilaron entre .29 y .63, pueden considerarse satisfactorias.

Así mismo, se calculó el coeficiente alfa en ambos pases, obteniendo un resultado de .70 en relación al primer pase del cuestionario y de .69 en el retest, ambos aceptables.

Por otro lado como resultado de este análisis, se eliminó el ítem número nueve (requiere atención médica), dado que al presentar una baja correlación, su nivel de significación resultó menor que en el resto de ítems.

Mediante el análisis factorial del cuestionario (con rotación oblicua varimax y acorde con el criterio de Kaiser, al igual que en el estudio de Turk y cols., 1986), se obtuvieron nueve factores que explican un 60.4% de la varianza total, seleccionándose en cada factor los ítems que presentaban una saturación igual o superior a .40.

En la tabla 2, se presentan los factores obtenidos, así como su eigenvalue y el porcentaje de la varianza explicada por cada uno de ellos.

Tabla 1
Matriz de correlaciones test-retest. Nivel de significación: $P \geq 0.007^*$ $P > 0.000^{**}$

Correlación test-retest entre ítems									
Item 1	Item 2	Item 3	Item 4	Item 5	Item 6	Item 7	Item 8	Item 9	Item 10
.50**	.35**	.29**	.58**	.48**	.55**	.51**	.35**	.19*	.42**
Item 11	Item 12	Item 13	Item 14	Item 15	Item 16	Item 17	Item 18	Item 19	Item 20
.56**	.42**	.36**	.56**	.53**	.59**	.61**	.62**	.56**	.51**
Item 21	Item 22	Item 23	Item 24	Item 25	Item 26	Item 27	Item 28	Item 29	Item 30
.61**	.60**	.60**	.61**	.52**	.39**	.57**	.60**	.48**	.34**
Item 31	Item 32	Item 33	Item 34	Item 35	Item 36	Item 37	Item 38	Item 39	
.60**	.50**	.43**	.59**	.60**	.56**	.58**	.43**	.63**	
Correlación test-retest entre factores									
Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	Factor 5	Factor 6	Factor 7	Factor 8	Factor 9	
.49**	.66**	.57**	.44**	.57**	.56**	.56**	.56**	.55**	

Tabla 2
Factores resultantes, con eigenvalue y porcentaje de varianza explicada en los mismos

Factor	Denominación	Eigenvalue	% Varianza
1	Identidad	6.51	17.1
2	Causa	4.54	12.0
3	Incapacidad	3.67	9.7
4	Curación	2.11	5.6
5	Localización	1.53	4.0
6	Responsabilidad personal	1.25	3.3
7	Controlabilidad	1.14	3.0
8	Mutabilidad	1.12	3.0
9	Azar	1.03	2.7

Dado que algunos de los ítems saturaban en distintos factores con signo contrario, se

optó en estos casos por mantener el ítem en el factor en el que presentaba una mayor saturación, eliminándose los de menor saturación. Así, se eliminó del factor I, el ítem “muchas veces requiere hospitalización” (-.49) y del factor III los ítems “tiene graves consecuencias para el enfermo”(.51), “es grave” (.44) y “se puede controlar por el enfermo” (-.40), quedando los resultados del análisis factorial tal y como se muestra en la Tabla 3.

El primer factor, hace referencias a características de la enfermedad, y le hemos denominado Identidad. Dado el contenido de sus ítems, y el sentido de la saturación de los mismos en el factor, consideramos que es un factor que discrimina entre enfermedades agudas y crónicas. Más concretamente podríamos interpretarlo como un factor

Tabla 3
Resultados análisis factorial. Factores: 1) Identidad; 2) Causa; 3) Incapacidad; 4) Curación; 5) Localización; 6) Responsabilidad personal; 7) Controlabilidad; 8) Mutabilidad y 9) Azar

La ————— es una enfermedad que:	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Es contagiosa	.86								
Tiene graves consecuencias para el enfermo	-.60								
Dura mucho tiempo (es crónica)	-.54								
Es grave	-.56								
Tiene síntomas parecidos al resfriado común	.81								
Se quita sola	.64								
Se cura con reposo	.62								
Se produce por gérmenes o virus	.73								
Uno de sus síntomas es la fiebre	.65								
Se produce por cambios en el tiempo	.65								
Se produce por nervios o estrés		.84							
Se cura quitándose los nervios o el estrés		.83							
Se cura haciendo ejercicio		.65							
Se produce por falta de descanso		.73							
Tiene que ver con la conducta de personas distintas a enfermo		.42				.42			.46
Se cura comiendo mejor y más sano		.40							
Se produce por una dieta incorrecta		.40							
Es dolorosa			.67						
Impide al enfermo hacer tareas cotidianas			.66						
Muchas veces requiere hospitalización			.52						
Muchas veces cuando se cura sale otra vez			.50	.40					
No se cura nunca (es permanente)				-.72					
Se cura con medicamentos				.48					
Se puede curar				.72					
Dura mucho tiempo (es crónica)				-.43					
Los síntomas se localizan en el estómago o intestino					.84				
Los síntomas se localizan en la superficie de la piel					.85				
Se localiza en la cabeza o sistema nervioso					.61				
Se produce por cosas que uno hace						.54			
Se produce por una dieta incorrecta						.48			
Se puede evitar (prevenir)						.64			
Cuando empieza no es culpa de nadie						-.59			
Se puede controlar por el enfermo							.65		
Otras personas pueden controlarla							.78		
Tiene síntomas que cambian con las estaciones del año								.40	
Presenta cambios a lo largo del tiempo								.70	
Mejora o empeora dependiendo de la suerte									.55
Se puede cambiar									.50

que enfrenta las características de la enfermedad más conocida como es la gripe al resto de enfermedades. El segundo factor, denominado Causa, se refiere fundamentalmente a posibles causas de la enfermedad. Su interpretación, en función de los ítems que integran el factor, ofrece causas inconcretas de la enfermedad frente a concretas. El tercero de los factores, dado el contenido de sus ítems, le hemos denominado Incapacidad. Podría referirse al factor “consecuencias” del modelo de Leventhal y cols. (1980, 1982 y 1984), si bien no se plantea como consecuencias a largo plazo sino durante el período de la enfermedad. También está relacionado con el que Turk y cols. (1986) denominaron “gravedad”. El cuarto factor le denominamos Curación, y se presenta acorde al constructo inicial (Leventhal y cols., 1980, 1982 y 1984; Lau y Hartman, 1983). El quinto factor se refiere a los síntomas de la enfermedad en el sentido de su localización anatómica, por lo que le denominamos Localización. El sexto factor, al que hemos denominado Responsabilidad personal, se refiere a las creencias sobre la influencia de hábitos personales como la causa de la enfermedad. El séptimo factor se refiere a la posibilidad de controlar la enfermedad tanto por el individuo como por otras personas, por lo que le hemos denominado Controlabilidad. El octavo factor se refiere a la estabilidad de la enfermedad y su sintomatología a lo largo del tiempo, y le hemos denominado Mutabilidad. Por último, el noveno factor al que llamamos Azar, se refiere a la casualidad o a la suerte.

En la Tabla 4 se presentan las medias obtenidas por cada una de las distintas enfermedades en los nueve factores, así como la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre las mismas, obtenidas mediante el análisis de varianza *oneway* y el procedimiento de Sheffé para comparaciones múltiples. Como se puede observar, se producen diferencias estadísticamente significativas en todos los factores.

Tabla 4

Puntuación de estudiantes en factores en diferentes enfermedades. Diferencias significativas: P= 0.01 * y P= 0.001**.

Diferencias entre grupos (prueba Scheffé): F1 diferencias entre diabetes y HTA con cáncer y gripe, y entre cáncer con gripe. F2 diferencias entre HTA con cáncer, gripe y diabetes. F3 diferencias entre gripe con HTA y diabetes y entre cáncer con todas las demás. F4 diferencias entre gripe y cáncer, HTA y diabetes y entre diabetes con cáncer, HTA y gripe. F5 diferencias entre diabetes con HTA y gripe. F6 diferencias entre HTA con todas las demás. F7 diferencias entre cáncer y HTA, gripe y diabetes y entre diabetes con cáncer, HTA y gripe. F8 diferencias entre cáncer y diabetes. F9 diferencias entre HTA y gripe y diabetes. Factores: 1) Identidad; 2) Causa; 3) Incapacidad; 4) Curación; 5) Localización; 6) Responsabilidad personal; 7) Controlabilidad; 8) Mutabilidad y 9) Azar.

Factor n	Cáncer (236)	HTA (119)	Gripe (107)	Diabetes (109)	F ratio
F1	1.71	1.84	3.87	1.68	226.39**
F2	1.98	3.08	1.86	2.03	91.55**
F3	4.09	3.01	3.35	2.75	111.98**
F4	3.36	3.37	4.26	2.48	6.16**
F5	2.26	2.48	2.52	2.09	4.79**
F6	2.75	3.37	2.83	2.65	18.03**
F7	2.62	3.50	3.15	4.07	62.07**
F8	3.30	3.12	3.23	2.96	3.62*
F9	2.23	2.42	2.01	2.04	7.89**

En la Figura 1 se presentan las puntuaciones medias en cada uno de los factores para las cuatro enfermedades utilizadas en la validación del cuestionario.

Finalmente se realizó un análisis de correlaciones entre las puntuaciones test y retest en los diferentes factores del cuestionario. Los resultados de este análisis, mostrados en la Tabla 1, indican una correlación significativa test-retest en la puntuación obtenida en todos los factores. También se calculó el coeficiente alfa por factores en test y retest, obteniendo unos resultados de .58 y .56.

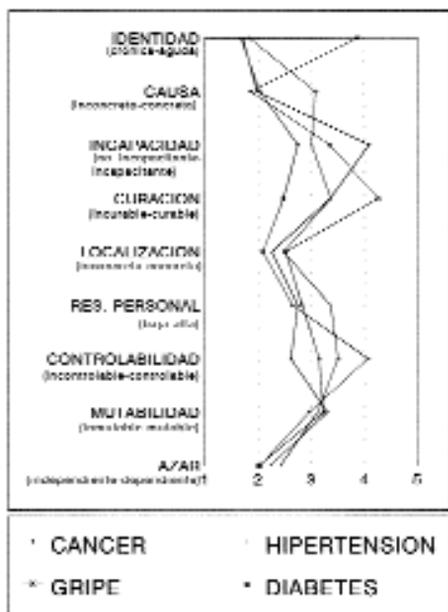


Figura 1. Representación de la enfermedad. Resultados de estudiantes en cuatro enfermedades por factores.

Tras la realización de los análisis anteriores, y eliminando los ítems que no aportaban ninguna información a los factores encontrados (afecta a muchas partes del cuerpo y los síntomas son siempre los mismos), el cuestionario definitivo quedó constituido por 36 ítems, con una escala de respuesta de cinco alternativas, de “muy en desacuerdo” a “muy de acuerdo”. En la tabla 5, se incluyen los ítems del cuestionario definitivo.

Discusión

La aceptación del concepto integral de salud, con la inclusión de los marcos de referencia biológico, psicológico y social, conlleva la exigencia de la aplicación integrada de los conocimientos derivados de cada una de las partes del modelo, asumiendo que la importancia de los aspectos psicosociales, que inevitablemente concurren en cualquier problema de salud, no se reduce a su implicación en la etiología de las enfer-

medades físicas, sino que se extiende a su tratamiento, rehabilitación y consecuencias sintomáticas, a la prevención de la enfermedad y a la promoción de conductas saludables (Rodríguez-Marín, 1995).

Partiendo de éstas premisas, consideramos que cualquier iniciativa que permita un acercamiento a un mayor conocimiento de estas áreas, puede resultar de gran interés.

Los resultados que presentamos, pueden servir de base para futuras investigaciones que permitan no descuidar por falta de tiempo y/o medios, a la persona en el estudio de la salud-enfermedad, tanto desde el punto de vista clínico, como epidemiológico, psicológico o social, tomando en consideración su representación de la enfermedad. Esta, posiblemente, sea diferente a la del in-

Tabla 5
Cuestionario definitivo

Item	Contenido
1	Es contagiosa
2	Tiene síntomas parecidos al resfriado común
3	Se quita sola
4	Se puede curar
5	Se cura con reposo
6	Se produce por gérmenes o virus
7	Uno de sus síntomas es la fiebre
8	Se produce por cambios en el tiempo
9	Tiene graves consecuencias para el enfermo
10	Dura mucho tiempo (es crónica)
11	No se cura nunca (es permanente)
12	Es grave
13	Se produce por nervios o estrés
14	Se cura quitándose los nervios o el estrés
15	Se cura haciendo ejercicio
16	Se produce por cosas que uno hace
17	Se cura comiendo mejor y más sano
18	Se produce por una dieta incorrecta
19	Se produce por falta de descanso
20	Tiene que ver con la conducta de personas distintas al enfermo
21	Tiene síntomas que cambian con las estaciones del año
22	Es dolorosa
23	Impide al enfermo hacer tareas cotidianas
24	Muchas veces cuando se cura sale otra vez
25	Muchas veces requiere hospitalización
26	Se cura con medicamentos
27	Se puede controlar al enfermo
28	Otras personas pueden controlarla
29	Presenta cambios a lo largo del tiempo
30	Se puede evitar (prevenir)
31	Los síntomas se localizan en el estómago o en el intestino
32	Los síntomas se localizan en la superficie de la piel
33	Se localiza en la cabeza o sistema nervioso
34	Cuando empieza no es culpa de nadie
35	Se puede cambiar
36	Mejora o empeora dependiendo de la suerte

investigador, y quizás también a la del clínico, epidemiólogo, psicólogo o sociólogo, y de esas diferencias puedan sacarse consecuencias que incidan directamente en la etiología, tratamiento, rehabilitación y prevención de la enfermedad, y promoción de conductas saludables.

El análisis factorial del cuestionario ha determinado la presencia de nueve factores que hemos denominado Identidad, Causa, Incapacidad, Curación, Localización, Responsabilidad personal, Controlabilidad, Mutabilidad y Azar, que si bien difieren de los resultados originales de Turk y cols. (1986) en los que sólo se obtenían cuatro factores denominados gravedad, responsabilidad personal sobre curso y duración, controlabilidad y mutabilidad, creemos que se ajustan a los constructos teóricos planteados en la confección del cuestionario original.

Tal y como apuntan Turk y cols. (1986), el cuestionario original se planteó en base a los trabajos de Leventhal y cols. (1980, 1982 y 1984), Lau y Hartman (1983) y Jenkins y Zizansky (1968), considerando los constructos de identidad, curso, consecuencias, causa, cura, responsabilidad personal y gravedad. Nuestros resultados, como decíamos antes, difieren parcialmente aunque no en exceso, dado que los factores de Controlabilidad y Mutabilidad, podrían asimilarse a los constructos originales de "curso" y "consecuencias", el factor de Incapacidad al de "gravedad", y el factor de Localización, incluirse en el constructo de "identidad".

En este sentido coincidimos parcialmente con las críticas planteadas por Lau y cols. (1989) a los resultados de Turk y cols. (1986) obtenidos con el cuestionario original, en el sentido de que algunas de las diferencias que éstos resultados presentan en relación a estudios planteados desde la óptica de los contenidos y no de las dimensiones

de la representación de la enfermedad son más aparentes que reales. En concreto, estos autores dicen que: "el factor de responsabilidad se compone de ítems referidos a causa y cura, el factor de controlabilidad podría haberse llamado consecuencias, y el factor de mutabilidad se refiere a la evolución".

El que el factor de Localización aparezca de forma independiente al de identidad, podría estar relacionado con el hecho de que la localización física sea el criterio más utilizado tanto por personal sanitario (médicos y enfermería) como por profanos, para la clasificación de enfermedades (López, 1993). Este autor, sugiere que esta característica es un mecanismo de adaptación al sistema sanitario en el que las especialidades médicas se clasifican por la localización física.

Creemos que los resultados de los análisis de fiabilidad y validez realizados garantizan suficientemente la bondad de las características psicométricas del cuestionario, aunque es indudable que éstas podrían mejorarse, pues se sitúan a un nivel que, siguiendo a Santiesteban (1990), podríamos calificar de moderado.

Los resultados obtenidos en relación a las cuatro enfermedades utilizadas para la validación del cuestionario discriminan suficientemente en los diferentes factores, como lo demuestra el hecho de que se produzcan diferencias estadísticamente significativas entre las distintas enfermedades. Otra cuestión sería la lógica de éstas diferencias, que en algunos casos puede resultar de difícil justificación desde un punto de vista del conocimiento científico, pero no podemos perder de vista que los sujetos estudiados son profanos de la medicina y que el objeto del estudio es la representación de la enfermedad. No es extraño, por tanto, que los resultados se aparten de una lógica científica médica.

Referencias

- Ahlboom, A. y Norell, S. (1987). *Fundamentos de epidemiología*. Madrid, Siglo XXI.
- Bishop, G.D. y Converse, S.A. (1986). Illness representations: A prototype approach. *Health Psychology, 5* (2), 95-114.
- Bishop, G.D., Briede, C., Cavazos, L., Grotzinger, R. y McMahon, S. (1987). Processing illness information: The role of diseases prototypes. *Basic and Applied Social Psychology, 8*, 21-44.
- Bishop, G.D. (1991). Understanding the understanding of illness: Lay disease representations. En J.A. Skelton y R.T. Croyle (Eds.), *Mental representation in health and illness*. New York, Springer-Verlag.
- Comín, E. (1990). Validación de encuestas. *Atención Primaria, 7* (5), 386-390.
- Hambleton, R.K. y Bollwark, J. (1991). Adapting test for use in different cultures: technical issues and methods. *Bulletin of the International Test Commission, 18*, 3-32.
- Hambleton, R.K. y Kanjee, A. (1995). Increasing the validity of cross-cultural assessments: Use of improved methods for test adaptations. *European Journal of Psychological Assessment, 11* (3), 147-157.
- Jenkins, C.D. (1966). The semantic differential for health. A technique for measuring beliefs about diseases. *Public Health Reports, 81*, 549-558.
- Jenkins, C.D. y Zyzanski, S.J. (1968). Dimension of beliefs and feeling concerning three diseases, poliomyelitis, cancer and mental illness: A factor analytic study. *Behavioral Science, 13*, 372-381.
- Lau, R.R. y Hartman, K.A. (1983). Common sense representations of common illness. *Health Psychology, 2*, 167-185.
- Lau, R.R.; Bernard, T.M. y Hartman, K.A. (1989). Further explorations of common-sense representations of common-illness. *Health Psychology, 8* (2), 195-219.
- Leventhal, H.; Meyer, D. y Nerenz, D. (1980). The common sense representations of illness danger. En S. Rachman (Ed.), *Contributions to medical psychology* (vol. 2). Oxford, Pergamon Press.
- Leventhal, H.; Nerenz, D. y Straus, A. (1982). Self regulation and the mechanisms of symptom appraisal. En D. Mechanic (Ed.), *Symptoms, illness behavior, and helping seeking*. New York, Product.
- Leventhal, H.; Nerenz, D. y Steele, D. (1984) Illness representations and coping with health treats. En A. Baum., S.E. Taylor y J.E. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health*. Vol IV: Social psychological aspects of health. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- López, A. (1993). Categorización de enfermedades: un estudio sobre expertos y profanos. *Aprendizaje, Estudios de Psicología, 49*, 3-20.
- Meyer, D.; Leventhal, H. y Gutman, M. (1985). Common-sense models of illness. The sample of hypertension. *Health Psychology, 4* (2), 115-135.
- Pennebaker, J.W. y Watson, D. (1988). Blood pressure estimation and beliefs among normotensives and hypertensives. *Health Psychology, 7*, 309-328.
- Poortinga, Y.H. (1983). Psychometrics approaches to intergroup comparison: The problem of equivalence. En S.H. Irvine y J.W. Berry (Eds.), *Human assessment and cross-cultural factors*. New York, Plenum..
- Rodríguez-Marín, J. (1995). *Psicología Social de la Salud*. Madrid, Síntesis.
- Santesteban, C. (1990). *Psicometría. Teoría y práctica en la construcción de test*. Madrid, Ediciones Norma.
- Skelton, J.A. y Croyle, R.T. (1991). *Mental representation in health and illness*. New York, Springer-Verlag.
- Streiner, D.L. y Norman, G.R. (1989). *Health measurement scales*. Oxford, Oxford University Press.
- Turk, D.C.; Rudy, T.E. y Salovey, P. (1986). Implicit models of illness. *Journal of Behavioral Medicine, 9* (5), 453-474.
- van-der Hofstadt, C.J. (1996). *La Representación de la Enfermedad: El caso de la Hipertensión Arterial*. Tesis Doctoral. Universidad de Alicante.

Aceptado el 14 de febrero de 1997