



Original

Creencias sobre la salud y los medicamentos en la población asmática española. Validación de 2 instrumentos para su medida

Miguel Perpiñá Tordera^{a,*}, Eva Martínez Moragón^b, Amparo Belloch Fuster^c,
Amparo Lloris Bayo^a y Concepción Pellicer Císcar^d

^a Servicio de Neumología, Hospital Universitario La Fe, Valencia, España

^b Unidad de Neumología, Hospital de Sagunto, Sagunto, Valencia, España

^c Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Universidad de Valencia, Valencia, España

^d Unidad de Neumología, Hospital Francesc de Borja, Gandía, Valencia, España

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 10 de marzo de 2008

Aceptado el 12 de junio de 2008

On-line el 16 de abril de 2009

Palabras clave:

Asma

Creencias del paciente sobre la salud

Creencias sobre los medicamentos

RESUMEN

Introducción: Se ha procedido a la traducción, validación y aplicación en población asmática española del Cuestionario de Creencias sobre la Salud (CCS; 19 ítems en 6 dominios) y el Cuestionario de Creencias sobre los Medicamentos (CCM; 18 ítems en 2 subescalas: genérico y específico).

Pacientes y métodos: El trabajo se llevó a cabo, durante 2 sesiones, en 126 pacientes con asma estable y diferentes grados de gravedad. En la primera se practicó una espirometría forzada y se recogieron además características sociodemográficas y datos de historia clínica. En la segunda, los pacientes rellenaron cuestionarios de ansiedad (STAI) y depresión (Beck), así como las versiones españolas del CCS y CCM (previo proceso de traducción y retrotraducción).

Resultados: El CCM presentó una consistencia interna y una validez de contenido adecuadas. En cambio, el CCS no reprodujo la estructura original de 6 factores, sino que se obtuvieron únicamente 4 (CCS-reformulado: variancia explicada: 48%; alfa de Cronbach: 0,63–0,75). El CCM y el CCS-reformulado presentaron las siguientes interacciones: *a*) creencias negativas sobre los medicamentos y la propia enfermedad, y *b*) conciencia de necesitar medicación, confianza en el médico y pesimismo. Las creencias negativas se asociaron, a su vez, con ansiedad y depresión, mientras que el ser consciente de necesitar medicación se asoció con la gravedad. El bajo nivel de estudios, el sexo (mujer) y una mayor duración del asma se relacionaron con creencias fatalistas sobre el control de la enfermedad.

Conclusiones: El CCS-reformulado y el CCM poseen propiedades métricas satisfactorias y evalúan aspectos similares pero no idénticos sobre las creencias y juicios de valor de los asmáticos sobre su salud y los medicamentos. Estos juicios se asocian de manera diferente con las facetas clínicas, sociodemográficas y psicológicas estudiadas.

© 2008 SEPAR. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Spanish Asthma Patients' Beliefs About Health and Medicines: Validation of 2 Questionnaires

ABSTRACT

Objective: We translated 2 health beliefs questionnaires—an instrument based on the health belief model (HBM) containing 19 items in 6 domains and the Beliefs About Medicines Questionnaire (BMQ) containing 18 items divided into a general and a specific section—and then administered and validated them in a group of Spanish patients with asthma.

Patients and Methods: In 2 clinical visits data were collected on 126 patients with stable asthma of different levels of severity. At the first visit, the patients underwent spirometry and were asked questions about sociodemographic factors and clinical history. At the second visit, they completed the State-Trait Anxiety Inventory, the Beck Depression Inventory, and the Spanish versions of the HBM and BMQ, which had been previously translated and backtranslated.

Results: The BMQ had adequate internal consistency and content validity but the HBM replicated just 4 of the 6 domains present in the original questionnaire. The reformulated HBM (measuring 4 domains) accounted for 48% of the variance and had Cronbach α levels ranging from 0.63 to 0.75. The 2 questionnaires showed interactions between *a*) negative beliefs about medicines and asthma and *b*) awareness of the need for medication and trust in physician and pessimism. Correlations were also found between negative beliefs and anxiety and depression and between awareness of the need for medication

Keywords:

Asthma

Patient health beliefs

Beliefs about medicines

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: perpinya_mig@gva.es (M. Perpiñá Tordera).

and disease severity. Finally, low educational level, female sex, and greater duration of asthma were correlated with beliefs that disease control was driven by chance.

Conclusions: The reformulated HBM and the BMQ have satisfactory measurement properties and assess similar but not identical aspects of beliefs and value judgments about health and medicine in individuals with asthma. These beliefs were correlated to different degrees with the clinical, sociodemographic, and psychologic variables studied.

© 2008 SEPAR. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

El incumplimiento terapéutico constituye uno de los problemas más frecuentes a los que se enfrenta el clínico durante su práctica diaria. De hecho, se ha estimado que aproximadamente el 50% de los pacientes con procesos crónicos no suele tomar la medicación tal y como les fue prescrita¹. En el caso del asma, la falta de observancia presenta una especial relevancia al incidir de forma destacada sobre el tratamiento de fondo de la enfermedad: los fármacos antiinflamatorios. Estudios previos al respecto indican que sólo el 40% de los pacientes con asma persistente utiliza el corticoide inhalado al menos 2 veces al día la mayoría de los días²⁻⁴. Las razones de esa falta de cumplimiento son muy variadas e incluyen, entre otras: a) la vía de administración; b) la presencia de determinados factores psicosociales; c) el temor a la aparición de efectos secundarios; d) la ausencia de percepción inmediata de beneficios, y e) la actitud del paciente ante la salud y la enfermedad y sus creencias acerca de los medicamentos⁴⁻⁸. A nuestro entender, estas últimas variables constituyen un conjunto de gran importancia para el tema que nos ocupa, porque conocer el perfil de los pacientes que no cumplen de manera adecuada con el tratamiento esteroideo y aproximarnos a sus creencias, temores y actitudes es, a priori, un modo racional de perfilar iniciativas educativas coherentes con la realidad del paciente y que faciliten el cumplimiento terapéutico. Se han descrito 2 herramientas que pretenden facilitar el estudio de tales aspectos: el Cuestionario de Creencias sobre la Salud (Health Beliefs Questionnaire)³ y el Cuestionario de Creencias sobre los Medicamentos (Beliefs about Medicines Questionnaire)⁹. El presente trabajo tiene como objetivos: a) la traducción y validación de ambos instrumentos para su aplicación en población asmática española; b) el estudio de las interrelaciones entre los dominios que uno y otro cuestionario pretenden medir (validez concurrente), y c) el análisis de las asociaciones de ambos instrumentos con características sociodemográficas, gravedad clínica y estado emocional (ansiedad y depresión) de los pacientes.

Pacientes y métodos

Instrumentos

El Cuestionario de Creencias sobre la Salud³ (CCS) es un instrumento autoadministrado (formato de respuesta en escala Likert de 5 pasos), formado por 19 frases agrupadas en 6 dominios: Actitud (4 ítems), Barreras (4 ítems), Frustración (3 ítems), Preocupación por la Salud (3 ítems), Beneficios para la Salud (2 ítems) y Gravedad Percibida (3 ítems). Su diseño se basa en escalas similares dirigidas a evaluar las opiniones sobre la salud de pacientes con hipertensión, diabetes o asma¹⁰⁻¹².

El Cuestionario de Creencias sobre los Medicamentos⁹ (CCM), también autoadministrado, se compone de 2 subescalas que pretenden averiguar la opinión del individuo sobre los medicamentos en general (CCM-genérico) y sobre las medicinas que para su enfermedad, en este caso el asma, está tomando (CCM-específico). El CCM-genérico está constituido por 8 ítems

agrupados en 2 dominios (Abuso y Daño), de 4 ítems cada uno, y el CCM-específico por otros 10 englobados en 2 dominios de 5 ítems (Necesidad y Preocupación). El formato de respuesta es una escala Likert de 5 pasos (de "Muy de acuerdo" a "Muy en desacuerdo").

Las versiones originales de ambas escalas se sometieron a un doble proceso de traducción, primero del inglés al español, realizada por 2 de los autores del estudio (M.P. y A.B.), y después del español al inglés, en este caso por un traductor angloparlante, con el fin de comprobar que las traducciones se correspondían con el sentido original de las escalas. Estas versiones españolas iniciales se presentaron además a un grupo de 25 adultos con asma, de ambos sexos y en fase estable, con el propósito de conocer el grado de comprensión de los cuestionarios. Con la discusión de sus sugerencias por parte del grupo de investigadores surgieron las versiones definitivas.

Pacientes

Las versiones españolas definitivas del CCS y CCM se administraron a 126 pacientes (74 mujeres y 52 varones; edad media: 43 años) que acudían de forma regular a Consultas Externas y que cumplían los siguientes criterios: a) diagnóstico de asma según las indicaciones propuestas por la Guía Española para el Manejo del Asma (GEMA)¹³; b) situación clínica estable, definida como síntomas y tratamiento no modificados durante al menos las últimas 4 semanas; c) duración de la enfermedad mayor de 2 años, y d) sin otras enfermedades crónicas, incluidos trastornos mentales incapacitantes.

La investigación se desarrolló de forma prospectiva a lo largo de 2 sesiones separadas por un intervalo de tiempo de 2-3 días. En la primera se efectuaba una entrevista donde se recogían las características sociodemográficas (edad, sexo y nivel de estudios) y los datos de la historia de asma (duración de la enfermedad, síntomas y medicación tomada durante el último mes), además de practicarse una espirometría forzada según recomendaciones de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR)¹⁴. En la segunda visita, los pacientes rellenaron los cuestionarios CCS y CCM, así como las versiones españolas del inventario de depresión de Beck¹⁵ y el Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI)¹⁶.

De acuerdo con las indicaciones señaladas por el documento GEMA, 65 presentaban asma persistente leve, 45 persistente moderada y 16 persistente grave. Todos ellos recibieron información sobre la finalidad del estudio y dieron su consentimiento voluntario para participar en él.

Antes de rellenar los cuestionarios les entrevistó algún miembro del equipo investigador que procedió a explicarles cómo tenían que contestar las preguntas, solicitándoles que lo hicieran por sí mismos y con total sinceridad.

Análisis estadístico

Para llevar a cabo el análisis de la consistencia interna de cada instrumento se determinaron los coeficientes alfa de Cronbach¹⁷ de cada subescala, considerando primero todos los ítems que las

conforman y excluyendo después cada vez uno de dichos ítems. De acuerdo con Nunnally, valores de alfa superiores a 0,70 indican una fiabilidad excelente¹⁸. La validez de contenido se examinó mediante análisis de correlación de Pearson. Las matrices resultantes se sometieron a análisis factoriales exploratorios de componentes principales, con rotación ortogonal (varimax), una vez comprobada la independencia de los factores¹⁹. Para la extracción de factores se utilizó la prueba de sedimentación (*scree test*)²⁰. El punto de corte exigido para la inclusión de un ítem en un factor determinado fue de 0,40.

El estudio de la validez concurrente del CCS y CCM se realizó mediante correlaciones bivariadas de Pearson. La asociación de ambos instrumentos con la edad, el sexo, la morbilidad clínica y el estado emocional (ansiedad y depresión) se llevó a cabo aplicando el método factorial con los mismos parámetros explicitados en el párrafo precedente.

Los datos se expresan como media \pm desviación estándar. Los valores de *p* inferiores a 0,05 se aceptaron como estadísticamente significativos. Todos los análisis se realizaron con el paquete estadístico SPSS versión 12.0.

Resultados

Cuestionario de Creencias sobre la Salud

La puntuación media (\pm desviación estándar) de la escala fue de $59,9 \pm 7,7$, con una distribución ajustada a los parámetros de normalidad, y su consistencia interna resultó aceptable ($\alpha = 0,68$). No obstante, los valores de alfa de las subescalas oscilaron entre 0,04 (Beneficios para la Salud) y 0,69 (Barreras). La matriz de correlaciones entre las subescalas mostró asociaciones significativas entre la mayoría de ellas, excepto en el caso de Beneficios para la Salud, que no guardó relación alguna con el resto de las subescalas. Los coeficientes de correlación oscilaron entre 0,02 (Preocupación y Beneficios) y 0,41 (Frustración y Gravedad).

El estudio de la validez de contenido reveló que la versión española no reproducía la estructura hipotética de 6 factores propuesta por sus autores, ya que la prueba de sedimentación mostró únicamente 4 factores interpretables (variancia explicada

[VE]: 48%) (tabla 1). El primer factor (VE = 15%; $\alpha = 0,75$) recoge 5 ítems sobre falta de confianza en uno mismo para controlar la enfermedad e incluye preguntas de las subescalas iniciales de Barreras, Gravedad Percibida y Frustración. El segundo factor (VE = 11,6%; $\alpha = 0,70$) agrupa 6 ítems referidos a la confianza en el médico y la preocupación por la salud, que inicialmente estaban contemplados en las subescalas Actitud y Preocupación. El factor 3 (VE = 11,2%; $\alpha = 0,74$), de 5 ítems, expresa actitudes pesimistas sobre la enfermedad (7 ítems; VE = 20,5%), que en la versión original formaban parte de las subescalas Actitud y Gravedad. El último factor (VE = 10,2%; $\alpha = 0,63$) recoge 3 ítems sobre creencias en el destino y/o azar procedentes de la subescala Barreras.

Cuestionario de Creencias sobre los Medicamentos

Las puntuaciones medias de las subescalas CCM-genérico y CCM-específico fueron, respectivamente, de $21,4 \pm 4,4$ y $34,4 \pm 5,8$. En ambos casos las distribuciones se ajustaron a la normalidad.

El análisis de consistencia interna de las 2 partes del cuestionario reveló valores de alfa excelentes para 3 de las subescalas (Abuso, $\alpha = 0,70$; Necesidad, $\alpha = 0,83$; Preocupación, $\alpha = 0,72$), y moderados para Daño ($\alpha = 0,68$). Estos valores no se incrementaban si se eliminaba alguno de los ítems de cada subescala, lo que indica la utilidad de todos ellos para la configuración final. Las correlaciones entre las 4 subescalas fueron todas significativas, con la única excepción de Necesidad y Daño. La interacción entre Necesidad y Abuso fue de signo negativo.

El análisis factorial reveló que, para cada una de las partes del cuestionario, la mejor solución se ajustaba a la propuesta original; esto es, 2 factores independientes para el CCM-genérico y otros 2 para el CCM-específico. Los 2 factores en que se distribuyen los ítems del CCM-genérico explicaron un porcentaje de variancia prácticamente idéntico (Abuso: 24,3%; Daño: 24,9%). La distribución de los ítems se ajustó relativamente bien a la inicial, ya que el ítem 5 de la escala de Daño se incluyó en el factor Abuso, y el ítem 7 de Abuso se desplazó al factor Daño. Por lo que se refiere al CCM-específico, el factor Necesidad explicó algo más de variancia (29,4%) que el de Preocupación (24,3%). La composición de cada uno de estos factores fue idéntica a la de la propuesta original,

Tabla 1
Análisis factorial del Cuestionario de Creencias sobre la Salud (CCS)^a

Ítems	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
8. Más entrenamiento para saber utilizar medicinas	0,73			
15. Me resulta muy difícil cuidar mi asma	0,69			
3. Tomar medicinas interfiere en las actividades	0,66			
7. No entiendo todo lo que me explican	0,55			
19. Haga lo que haga, no puedo controlar	0,55			
11. Mi salud, lo que más me preocupa en la vida		0,75		
10. Me encuentro mejor si sigo consejos del médico		0,65		
18. Pienso mucho en mi salud		0,63		
9. Me preocupa estar enfermo		0,54		
13. Satisfecho con el tratamiento		0,45		
4. Decido con mi médico el tratamiento		0,40		
2. El asma no me da problemas si me encuentro bien			-0,64	
12. Es posible estar sin síntomas			-0,60	
17. Mi asma conseguirá que enferme mucho			0,58	
6. Siempre necesitaré medicinas			0,52	
5. Las medicinas ayudan pero no curan			0,46	
14. Tengo asma porque Dios lo quiere así				0,76
1. Tener salud, cuestión de suerte				0,68
16. Si tengo que enfermar, enfermaré				0,62
Variancia explicada (%)	14,95	11,64	11,18	10,21
Puntuación ^b	13,4 \pm 3,9	22,7 \pm 3,3	12 \pm 2,3	8,3 \pm 2,9

^a Redacción abreviada de los ítems.

^b Media \pm desviación estándar.

Tabla 2
Análisis factorial del Cuestionario de Creencias sobre los Medicamentos (CCM)*

Subescalas	Ítems	Factor 1	Factor 2
<i>CCM-genérico</i>			
Daño	2. Dejar medicamentos de vez en cuando	0,63	
	3. Medicamentos crean adicción	0,82	
Abuso	5. Medicamentos hacen más mal que bien		0,63
	6. Medicamentos son venenos	0,54	
	1. Los médicos recetan demasiadas medicinas		0,64
	4. Los remedios naturales son más seguros		0,69
Variancia explicada (%)	7. Los médicos confían demasiado en medicinas	0,61	
	8. Si los médicos estuvieran más con los enfermos, recetarían menos		0,70
		24,9	24,3
<i>CCM-específico</i>			
Necesidad	4. Sin mis medicamentos para el asma, enfermaría	0,84	
	1. Mi salud depende de medicinas para el asma	0,83	
	3. No podría vivir sin mis medicinas para el asma	0,82	
	7. Mi salud futura depende de las medicinas	0,76	
	10. Los medicamentos evitan que empeore el asma	0,50	
Preocupación	2. Me preocupa tomar medicinas para el asma		0,75
	5. Me preocupan los efectos a largo plazo de las medicinas		0,75
	6. No entiendo para qué sirven los medicamentos		0,74
	8. Los medicamentos interfieren en mi vida		0,59
Variancia explicada (%)	9. Me preocupa depender de las medicinas		0,56
		29,4	24,3

* Redacción abreviada de los ítems.

Tabla 3
Correlaciones (Pearson) entre las subescalas del Cuestionario de Creencias sobre Salud (CCS)-reformulado y el Cuestionario de Creencias sobre los Medicamentos (CCM)

Subescalas CCS-reformulado	Subescalas CCM			
	Necesidad	Preocupación	Abuso	Daño
Falta de Autoconfianza	0,11	0,50 ^a	0,27 ^b	0,39 ^a
Confianza en el Médico y Preocupación	0,37 ^a	0,16	0,01	0,06
Pesimismo	0,28 ^b	0,12	0,02	0,12
Creencias en el Azar	0,12	0,22 ^b	0,14	0,29 ^b

^a p < 0,001;^b p < 0,01.

mostrando, por lo tanto, una estructura extraordinariamente estable (tabla 2).

Validez concurrente de los cuestionarios

Comoquiera que los resultados con la configuración original del CCS no fueron satisfactorios, decidimos utilizar la estructura de 4 factores para examinar las asociaciones entre ambos instrumentos. En la tabla 3 se recogen las correlaciones entre los 4 componentes del CCS-reformulado y las subescalas del CCM. La subescala Necesidad (CCM) se asoció significativamente con Confianza en el Médico y Pesimismo, dominios del CCS-reformulado, mientras que la subescala Preocupación (CCM) guardó relación con las subescalas Falta de Autoconfianza y Creencias en el Azar del CCS-reformulado. La subescala Abuso (CCM) sólo se asoció con Falta de Autoconfianza (CCS-reformulado), y la de Daño (CCM) con Falta de Autoconfianza y con Creencias en el Azar (CCS-reformulado).

Por último, con el fin de examinar las asociaciones entre las subescalas de los 2 cuestionarios y el resto de variables consideradas (edad, sexo, nivel de estudios, duración de la enfermedad, gravedad clínica y estado emocional), se realizó un análisis factorial adicional. La prueba de sedimentación identificó

Tabla 4
Análisis factorial del conjunto de las variables incluidas en el estudio

Variables	Factor 1	Factor 2	Factor 3
Daño (CCM)	0,75		
Preocupación (CCM)	0,71		
Falta de autoconfianza (CCS-reformulado)	0,69		
Abuso (CCM)	0,68		
Ansiedad	0,58		
Depresión	0,58		
Necesidad (CCM)		0,71	
Pesimismo (CCS-reformulado)		0,51	
Gravedad (GINA)		0,47	
Confianza en el médico (CCS-reformulado)		0,42	
Edad			0,76
Nivel de estudios			-0,64
Duración del asma			0,57
Creencias azar (CCS-reformulado)			0,49
Sexo			0,41
Variancia explicada (%)	20,1	14,3	12,9

CCM: Cuestionario de Creencias sobre los Medicamentos; CCS: Cuestionario de Creencias sobre la Salud.

3 agrupaciones interpretables (VE = 47,3%) (tabla 4). La primera de ellas (VE = 20,1%) englobó el estado emocional (ansiedad y depresión) junto con las 3 subescalas del CCM que valoran creencias negativas (Daño, Preocupación y Abuso) y la de Falta de Autoconfianza del CCS-reformulado. El segundo factor (VE = 14,3%) agrupó la gravedad del asma con la subescala Necesidad del CCM y las de Confianza en el Médico y Pesimismo del CCS-reformulado. El tercer factor (VE = 12,9%) reunió 3 variables demográficas (edad, bajo nivel de estudios y sexo femenino) con duración de la enfermedad y el dominio Creencias en el Azar del CCS-reformulado.

Discusión

La decisión de tomar o no un fármaco depende de al menos 3 aspectos que, aun siendo de naturaleza diferente, están muy interrelacionados: la confianza en otros factores significativos (el

médico, los cuidadores, la familia), las experiencias previas con los medicamentos (incluidos el balance beneficios-efectos perjudiciales) y las creencias que los pacientes tienen acerca de una amplia gama de aspectos (confianza en uno mismo, causas y duración del proceso, posibilidades de curación y/o control, etc.)²¹. El estudio de estas variables adquiere una relevancia especial en las enfermedades crónicas, como el asma^{22,23}, ya que el paciente debe mantener un régimen terapéutico durante períodos de tiempo prolongados. Para llevar a cabo tal análisis es preciso disponer de herramientas de evaluación adecuadas.

Hemos investigado las propiedades métricas de 2 instrumentos diseñados para valorar las creencias sobre la salud (CCS) y sobre los medicamentos (CCM) que tienen los pacientes con asma. La elección de estos cuestionarios se basó en criterios de facilidad de uso (brevedad, claridad de las preguntas) y aplicabilidad para el asma y su tratamiento. Los datos obtenidos indican que ambos pueden utilizarse con razonable confianza para los fines propuestos, aunque con diferencias notables entre ellos.

La versión en español del CCS mostró una fiabilidad de uso moderada, y el hecho de que una de sus subescalas (Beneficios para la Salud) obtuviera un valor de alfa inapreciable y no se correlacionara con las demás plantea dudas acerca de la homogeneidad del constructo que, hipotéticamente, analiza el instrumento (creencias sobre la salud). Desde el punto de vista de su estructura, nuestros resultados no reprodujeron la propuesta original de 6 dominios, pues se obtuvieron únicamente 4, en este caso con valores de alfa satisfactorios. En nuestra opinión, es más razonable esperar una solución como la aquí obtenida, dada la brevedad del cuestionario (19 ítems). Además, el contenido de los factores nos parece más adecuado que el originalmente planteado y se ajusta bastante bien a los elementos que al inicio de esta discusión hemos señalado: confianza en uno mismo, confianza en el médico, pesimismo y creer que el control de la enfermedad es un puro azar. Por tales razones, los análisis practicados en el resto del trabajo se han basado en este diseño tetrafactorial, que hemos denominado CCS-reformulado.

En cuanto a la versión española del CCM, presentó una consistencia interna entre buena y excelente, y su estructura y composición se ajustaron perfectamente a la propuesta por los autores originales. Nuestros datos avalan la utilidad del CCM para recoger los aspectos relacionados con las creencias de los pacientes con asma sobre los medicamentos que utilizan.

Los 2 cuestionarios (CCS-reformulado y CCM) presentaron una serie de interacciones esperables: las subescalas que valoran aspectos negativos de las creencias sobre los medicamentos y la propia enfermedad se relacionaron significativamente, mientras que la conciencia de que se necesitan medicamentos para controlar el asma se asoció con la confianza en el médico y con un cierto pesimismo sobre la evolución de la enfermedad.

Estas asociaciones detectadas entre ambos cuestionarios se mantuvieron, como era de esperar, cuando se realizó un análisis factorial conjunto en el que, adicionalmente, se introdujeron variables sociodemográficas, de estado emocional y de gravedad del asma. Los aspectos más negativos de las creencias sobre los medicamentos y el asma se agruparon con ansiedad y depresión, mientras que la conciencia de necesitar medicación se asoció con la gravedad de la enfermedad, la confianza en el médico y una actitud pesimista sobre la evolución futura del problema respiratorio. Por último, el hecho de ser mujer, tener un bajo nivel de estudios y una evolución prolongada del asma se vinculó a creencias fatalistas sobre el control de la enfermedad (azar). Futuros estudios deberán examinar hasta qué punto los perfiles que se derivan de nuestros resultados permanecen estables en diferentes situaciones (empeoramiento de la enfermedad, cambios de medicación, existencia de comorbilidades, acontecimientos vitales, etc.) o influyen en el cumplimiento terapéutico. En este

sentido, algunos autores indican que la observancia terapéutica depende fundamentalmente de las creencias que los pacientes mantienen sobre los beneficios de los tratamientos y, en mucha menor medida, de variables sociodemográficas y clínicas^{23,24}. Otros, sin embargo, sostienen que, además de las creencias sobre los medicamentos, también la edad, el sexo y la duración de la enfermedad influyen en el cumplimiento²⁵.

Concluimos que: a) el CCS-reformulado rastrea con razonable confianza una serie de actitudes y creencias importantes de los asmáticos respecto a su enfermedad; b) el CSM posee unas propiedades métricas satisfactorias; c) ambos cuestionarios valoran aspectos similares pero no idénticos sobre las creencias y juicios de valor que el paciente muestra respecto a su salud y los medicamentos, y d) estos juicios y creencias se asocian de manera diferencial con las facetas clínicas, demográficas y psicológicas estudiadas. De acuerdo con lo señalado en el párrafo precedente, consideramos que el CCS-reformulado y el CCM pueden ser herramientas útiles para investigar cuestiones tan relevantes como: a) qué modelos de enfermedad (p. ej., creencias sobre la salud y los medicamentos) tienen los pacientes que cumplen adecuadamente con el tratamiento frente a quienes no lo cumplen, y b) en qué medida las estrategias educativas modulan esas creencias.

Financiación

Trabajo subvencionado en parte gracias a la beca SVN/FVN 2002 y FIS PI05/0583.

Bibliografía

- Sackett DL, Snow JC. The magnitude of compliance and non-compliance. En: Haynes RB, Taylor WD, editors. Compliance in health care. Baltimore: Johns Hopkins University Press; 1979. p. 11-22.
- Yeung M, O'Connor SA, Parry DT, Cochrane GM. Compliance with prescribed drug therapy in asthma treatment. *Ann Allergy*. 1994;73:527-32.
- Chambers CV, Markson L, Diamond JJ, Lasch L, Berger M. Health beliefs and compliance with inhaled corticosteroids by asthmatic patients in primary care practices. *Respir Med*. 1999;93:88-94.
- Bender BG. Overcoming barriers to nonadherence in asthma treatment. *J Allergy Clin Immunol*. 2002;109:S554-9.
- Cochrane GM, Horne R, Chanez P. Compliance in asthma. *Respir Med*. 1999;93:763-9.
- Clark N, Jones P, Keller S, Vermiere P. Patient factors and compliance with asthma therapy. *Respir Med*. 1999;93:856-62.
- Perpiñá M. Fármacos para el asma: eficacia, temores y cumplimiento. *Arch Bronconeumol*. 2002;38(Supl 4):22-6.
- Perpiñá Tordera M. Glucocorticoides inhalados en el asma. *Med Clin Monogr (Barc)*. 2003;4:46-50.
- Horne R, Weinman J, Hankins M. The beliefs about medicines questionnaire. The development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. *Psychol Health*. 1999;14:1-24.
- Becker MH, RADIUS SM, Rosenstock IM, Drachman RH, Schuberth KC, Teets KC. Compliance with a medical regimen for asthma: a test of Health Belief Model. *Pub Health Rep*. 1978;93:268-77.
- Schwab T, Meyer J, Merrell R. Measuring attitudes and health beliefs among Mexican Americans with diabetes. *Diabetes Educator*. 1995;20:221-7.
- Hurley AC. The Health Belief Model: evaluation of a diabetes scale. *Diabetes Educator*. 1990;16:44-8.
- Plaza Moral V, Álvarez Gutiérrez FJ, Casan Clará P, Cobos Barroso N, López Viña A, Llauger Rosselló MA, et al. Guía española para el manejo del asma. *Arch Bronconeumol*. 2003;39(Supl 5):3-42.
- Sanchis J, Casan P, Castillo J, González N, Palenciano L, Roca J. Normativa para la práctica de la espirometría forzada. *Arch Bronconeumol*. 1989;25:132-42.
- Vázquez C, Sanz J. Fiabilidad y valores normativos de la versión española del inventario para la depresión de Beck de 1978. *Clinica y Salud*. 1997;8:403-22.
- Seisdedos N. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo. Adaptación española. Madrid: TEA Ediciones; 1988.
- Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure test. *Psychometrika*. 1951;16:297-334.
- Nunnally J. Psychometric theory. 2nd ed. New York: Mac Graw Hill; 1978.
- Harman HH. Modern factor analysis. 3rd ed. Chicago: University of Chicago Press; 1976.
- Cattell RB. The scree test for the number of factors. *Multivar Behav Res*. 1966;1:140-61.

21. Leventhal H, Nenyamini Y, Brownlee S, Diefenbach D, Leventhal EA, Patrick-Miller L, et al. Illness representations: theoretical foundations. En: Petrie KJ, Weinman J, editors. Perception of health and illness: current research and applications. London: Harwood Academic; 1997. p. 19–46.
22. Horne R, Weinman J. Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. *J Psychosom Res.* 1999;47:555–67.
23. Le TT, Bilderback A, Bender B, Wamboldt FS, Turner CF, Rand CS, et al. Do asthma medication beliefs mediate the relationship between minority status and adherence therapy? *J Asthma.* 2008;45:33–7.
24. Horne R, Weinman J. Self-regulation and self-management in asthma: exploring the role of illness perceptions and treatment beliefs in explaining non-adherence to preventer medication. *Psychol Health.* 2002;17:17–32.
25. Jessop DC, Rutter DR. Adherence to asthma medication: the role of illness representations. *Psychol Health.* 2003;18:595–612.