

# Desarrollo de un nuevo instrumento para evaluar el deseo de información y la toma de decisiones de los pacientes con asma

M. Perpiñá Tordera, A. Belloch Fuster<sup>a</sup>, E. Ayllón Negrillo<sup>a</sup> y A. de Diego Damiá

Servicio de Neumología. Hospital Universitario La Fe. Valencia. <sup>a</sup>Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología. Universidad de Valencia.

El objetivo del presente estudio ha sido diseñar un nuevo instrumento, el cuestionario *Información y Decisiones en el Asma (IDEA)*, que permitiera conocer en el asmático su deseo de obtener información, la búsqueda activa de la misma y la capacidad para tomar decisiones respecto a la enfermedad. Para evaluar estos tres aspectos se elaboró un listado inicial de preguntas relativas a los mismos que fueron sometidas a un proceso de depuración y reducción tomando como base las respuestas e indicaciones de comprensión que sobre ellas ofreció un primer grupo de pacientes. El documento de trabajo resultante estuvo constituido por 36 ítems distribuidos en las siguientes subescalas: deseo de información, búsqueda activa de información y toma de decisiones (tres escenarios que hacen referencia a asma en fase estable, exacerbación leve y exacerbación grave). Este documento se administró en un paso posterior a 120 asmáticos adultos, de ambos sexos, en situación estable y con diferentes niveles de gravedad. Los coeficientes  $\alpha$  de Cronbach obtenidos para el deseo de información y la búsqueda de ésta fueron satisfactorios (0,86 y 0,77, respectivamente) y sus valores no aumentaron con la eliminación de ninguno de los ítems correspondientes. El análisis factorial global de deseo de información y búsqueda activa de ésta (variancia explicada total del 44,16%) detectó dos factores correlacionados entre sí ( $r = 0,34$ ;  $p < 0,01$ ). Por su parte, la subescala toma de decisiones presentó problemas de consistencia interna que se solucionaron con la supresión de 5 ítems. El análisis factorial de la toma de decisiones tras la eliminación de estos ítems demostró una estructura trifactorial en la que cada factor se ajustó bien a cada uno de los escenarios contemplados. El análisis conjunto de estos resultados indica que, en su formulación final, el IDEA presenta una consistencia interna y validez de contenido muy aceptables, lo cual avala su posible utilización para medir lo que sus dominios pretenden evaluar.

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

(Arch Bronconeumol 2000; 36: 563-568)

Developed of a new instrument to evaluate asthma patients desire to be informed and make decisions

The aim of this study was to design a new instrument for determining the asthmatic's desire for information as well as his or her active search for it and ability to make decisions about his or her disease. A questionnaire titled *Information and Decisions in Asthma (IDEA)* was compiled by writing a list of preliminary questions related to each of the three aforementioned aspects. The list was revised and the length reduced based on the responses and signs of comprehension from a first group of patients. The draft under study then consisted of 36 items in the following subscales: desire for information (DI), active search for information (AS) and decision making (DM) in three scenarios describing stable asthma, mild exacerbation and severe exacerbation. The questionnaire was then administered to 120 adult asthmatic of both sexes whose disease was stable and at different levels of severity. Cronbach  $\alpha$  coefficients were satisfactory for DI and AS (0.86 and 0.77, respectively) and did not improve with the elimination of any items. Factorial analysis overall for DI and AS (total explained variance = 44.16%) detected two correlated factors ( $r = 0.34$ ,  $p < 0.01$ ). The DM subscale contained problems of internal consistency which were solved by removing five items. Factorial analysis for DM then revealed a tri-factorial structure in which each factor adjusted well to each of the scenarios. Analysis of these results indicates that the final version of the IDEA shows very acceptable internal consistency and validity, suggesting that it could be used to assess the aspects it is intended to measure.

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

Trabajo subvencionado por Hoechst-Marion-Roussel.

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

Recibido: 17-1-00; aceptado para su publicación: 11-4-00.

## Introducción

Informar al asmático sobre la enfermedad que padece constituye un elemento de gran importancia para conseguir que su participación y colaboración en el manejo de la misma resulten adecuadas<sup>1</sup>. Transmitir esa informa-

ción y lograr que, además, sea efectiva no es una labor sencilla y exige recurrir a un conjunto de estrategias que Taggart ha resumido en los siguientes puntos: acordar con el paciente los objetivos del tratamiento, practicar las habilidades necesarias que éste exige, repetir la información, reforzar el mensaje y revisar el cumplimiento del plan establecido<sup>2</sup>. Con ellas no se pretende que el individuo sea un experto en asma ni que conozca a fondo los medicamentos a usar. El propósito es hacerle entender lo fundamental del proceso, cómo se puede controlar en determinadas circunstancias y de qué modo y por qué actúan los fármacos disponibles<sup>3</sup>. En cualquier caso, la tarea educativa debe tener en cuenta al mismo tiempo la influencia de dos factores adicionales importantes: hasta qué punto el paciente quiere saber sobre la propia dolencia y cuánta disposición tiene para participar en su control de una manera activa<sup>4</sup>. El Asthma Autonomy Questionnaire (AAQ) es un instrumento diseñado por Gibson et al con el fin de analizar de forma estructurada estos últimos aspectos<sup>5</sup>. Su empleo ha revelado que, por lo general, los asmáticos no sometidos a programas específicos de educación desean recibir información, pero su interés por tomar decisiones es bajo<sup>5,6</sup>. Sin embargo, estudios previos llevados a cabo por nuestro grupo demuestran que el AAQ presenta problemas importantes de consistencia interna y validez de contenido que limitan la generalización de sus resultados<sup>7</sup>. Así las cosas, el presente trabajo ha tenido por objetivo desarrollar una nueva herramienta, el cuestionario *Información y Decisiones en el Asma* (IDEA) que, basado en el propuesto por Gibson et al, permitiera conocer con mayor seguridad la actitud de los pacientes asmáticos en torno a estos 3 elementos: el deseo de obtener información, la búsqueda activa de la misma y la capacidad para tomar decisiones respecto a la enfermedad y su tratamiento.

## Material y métodos

### Procedimientos

La construcción del cuestionario IDEA se ha llevado a cabo siguiendo un plan de trabajo que constó de 3 fases. En la primera de ellas, cada uno de los miembros del equipo investigador elaboró, de forma individual, un conjunto de al menos 30 preguntas que rastreaban los siguientes aspectos: *a*) deseo de información sobre el asma; *b*) búsqueda activa de información sobre el asma, y *c*) situaciones relacionadas con la enfermedad en las que presumiblemente un paciente debe tomar decisiones. Tras redactar los ítems, se llevó a cabo una sesión inicial de puesta en común que concluyó con una selección preliminar de 15 preguntas referentes a cada uno de los 3 dominios teóricos establecidos al inicio (45 preguntas en total). Se decidió asimismo adoptar un formato único de respuestas para todas las preguntas: escala Likert de 5 pasos (0 a 4), con referentes verbales diferentes según la subescala. El cuestionario resultante se administró entonces a 20 asmáticos adultos, en situación estable y con diversos niveles de gravedad (fase 2). El pase se realizó de manera individualizada, aunque sin ningún tipo de ayuda por parte del entrevistador. Además de responder a los ítems del cuestionario, cada paciente debía indicar si comprendía el significado de los mismos, si le parecían pertinentes y si hallaba alguna dificultad para responderlos. Tomando en consideración la información recogida se procedió a una segunda reunión del equipo investigador, en la que se exa-

minaron los comentarios y sugerencias de los pacientes y se evaluaron los porcentajes de respuesta para cada una de las preguntas, así como sus indicadores de tendencias central y dispersión. Este análisis reveló que, en el caso de los ítems relativos a la búsqueda de información (BI), un porcentaje superior al 90% de pacientes puntuó en alguno de los extremos de la escala Likert propuesta. Teniendo en cuenta este dato, reformulamos el formato de respuesta para esta subescala en términos dicotómicos (sí/no). Por lo que hace referencia a las preguntas sobre deseo de información (DI), hubo una elevada tasa de respuestas (superior al 65%) en el punto central de la escala (valor 2) lo que aconsejó eliminar este valor para maximizar las diferencias entre las posibilidades de respuesta y evitar sesgos de deseabilidad social<sup>8</sup>. El formato de respuesta que se adoptó como definitivo fue: “nunca”, “algunas veces”, “casi siempre” y “siempre” (valores 0, 1, 2, 3, respectivamente). Por último, en el dominio toma de decisiones (TD) se constató una ausencia de respuestas en ambos extremos de la escala, y muchos pacientes indicaron que les resultaba difícil discriminar entre “siempre usted” y “principalmente usted”, y entre “siempre el médico” y “principalmente el médico”. A la vista de ello se decidió eliminar los puntos extremos (“siempre”) y reducir aquí la escala Likert a 3 pasos (“principalmente usted”, “el médico y usted por igual”, “principalmente el médico”, valorados como 2, 1, 0, respectivamente). Con toda esta información se redactó un nuevo borrador que cumplimentaron 20 nuevos pacientes. El análisis subsiguiente de las tasas de respuesta a cada ítem y las medidas de tendencia central y dispersión obtenidas aconsejaron eliminar algunas preguntas, quedando el inventario constituido del modo siguiente:

1. Subescala DI: 10 preguntas con formato de respuesta tipo Likert de 4 pasos (“nunca”, “algunas veces”, “casi siempre” y “siempre”, puntuados como 0, 1, 2 y 3, respectivamente).

2. Subescala BI: 10 preguntas con formato de respuesta dicotómico.

3. Subescala TD: 16 preguntas agrupadas en 3 escenarios o situaciones, con formato de respuesta tipo Likert de 3 pasos (“principalmente usted”, “el médico y usted por igual” y “principalmente el médico”, que se califican como 2, 1 y 0, respectivamente). El escenario 1 (5 ítems) ejemplifica una revisión rutinaria por parte de atención no especializada del paciente con asma estable. El escenario 2 (5 ítems) ilustra una agudización asmática leve-moderada. Por último, el escenario 3 (6 ítems) hace referencia a una crisis de asma que obliga al paciente a acudir a urgencias y ser ingresado en el hospital.

Este documento de trabajo que acabamos de describir fue administrado finalmente (fase 3) a 120 asmáticos (66 mujeres y 54 varones), con una edad media de 41 años (rango, 17-62), en situación estable y con una duración de la enfermedad mayor de 2 años. De acuerdo con los criterios propuestos por el Documento del Consenso<sup>9</sup>, 24 pacientes presentaban un asma leve, 71 moderada y 25 grave. Todos ellos recibieron información sobre la finalidad del estudio y dieron su consentimiento voluntario para participar en él. Antes de completar el cuestionario fueron entrevistados por algún miembro del equipo investigador, que procedió a explicarles cómo tenían que contestar a las preguntas, solicitándoles que lo hicieran por sí mismos y con total sinceridad, y recalcando que no había respuestas falsas ni verdaderas.

### Análisis estadístico

El análisis de la consistencia interna del instrumento se llevó a cabo determinando el coeficiente  $\alpha$  de Cronbach<sup>10</sup> de cada subescala, considerando primero todos los ítems que la conforman y excluyendo después, cada vez, uno de dichos ítems.

**TABLA I**  
**Consistencia interna de las subescalas Deseo de información (DI) y Búsqueda de información (BI)**

Subescala	Media*	r ítem-total DI o BI	$\alpha$ total y $\alpha$ eliminando el ítem de la subescala
<b>Deseo de información</b>			
Ítem 3	2,34 (0,99)	0,67	0,81
Ítem 4	2,17 (1,21)	0,58	0,82
Ítem 5	2,70 (0,77)	0,77	0,81
Ítem 6	2,52 (0,91)	0,72	0,81
Ítem 9	2,67 (0,84)	0,67	0,81
Ítem 13	2,06 (1,11)	0,38	0,85
Ítem 15B	2,18 (1,17)	0,34	0,86
Ítem 17	2,83 (0,49)	0,36	0,84
Ítem 15A	2,46 (0,95)	0,68	0,81
Ítem 18	2,76 (0,64)	0,53	0,84
Total	24,67 (6,03)		0,86
<b>Búsqueda de información</b>			
Ítem 1	0,50 (0,50)	0,33	0,73
Ítem 7	0,39 (0,49)	0,32	0,73
Ítem 8	0,34 (0,48)	0,35	0,72
Ítem 10	0,77 (0,42)	0,55	0,70
Ítem 11A	0,67 (0,47)	0,49	0,70
Ítem 11B	0,60 (0,49)	0,20	0,75
Ítem 12	0,67 (0,47)	0,42	0,71
Ítem 14	0,35 (0,48)	0,49	0,70
Ítem 16	0,75 (0,43)	0,37	0,72
Total	5,42 (2,58)		0,77

\*Entre paréntesis se expone la desviación típica.

De acuerdo con Nunnally, se consideró que valores de  $\alpha$  superiores a 0,70 indican una fiabilidad excelente<sup>11</sup>. La validez de contenido se examinó mediante análisis correlacionales de Spearman. Las matrices resultantes se sometieron a análisis factoriales de componentes principales, con rotación oblicua (oblimin) u ortogonal (varimax), según el caso<sup>12</sup>. Para la extracción de factores se utilizó el *scree test*<sup>13</sup>. El punto de corte

**TABLA II**  
**Análisis bifactorial de las subescalas Deseo de información (DI) y Búsqueda de información (BI)\***

Escala-ítem	Factor 1	Factor 2
BI-1		0,40
BI-2		0,64
BI-7		0,56
BI-8		0,48
BI-10		0,70
BI-11A		0,64
BI-11B	0,41	0,41
BI-12		0,60
BI-14		0,62
BI-16	0,43	0,43
DI-3	0,78	
DI-4	0,64	
DI-5	0,83	
DI-6	0,76	0,40
DI-9	0,82	
DI-13	0,41	
DI-15A	0,67	0,50
DI-15B	0,40	
DI-17	0,53	
DI-18	0,67	
% VE	25,92	18,24

\*Rotación oblimin. Sólo se incluyen saturaciones  $\geq 0,40$ . VE: variancia explicada.

exigido para la inclusión de un ítem en un factor determinado fue de 0,40. Todos los análisis se llevaron a cabo utilizando el paquete estadístico SPSS V. 7.5.

## Resultados

En la tabla I se recogen los datos sobre la consistencia interna de las subescalas DI y BI; en ambas, los coeficientes  $\alpha$  fueron satisfactorios (0,86 y 0,77 para DI y BI, respectivamente) y sus valores no aumentaron con la eliminación de ninguno de los ítems correspondientes, lo que indica que todos ellos son igualmente necesarios. Sin embargo, los valores  $\alpha$  para TD, así como para cada uno de los 3 escenarios, fueron insuficientes (0,65 para el conjunto de la subescala, y 0,48, 0,65 y 0,54 para los escenarios 1 a 3, respectivamente). El análisis de la contribución particular de cada ítem a su respectivo escenario y a la puntuación total de la escala reveló la conveniencia de eliminar algunos de ellos con el fin de optimizar la consistencia interna. En estas condiciones, la supresión de dos ítems de los escenarios 1 y 3, y de un ítem del escenario 2, aumentó los valores de  $\alpha$  hasta alcanzar valores métricamente satisfactorios.

Por otro lado, el análisis factorial oblimin conjunto de las tres subescalas propuestas reveló la existencia de 7 factores (variancia explicada [VE] = 65%), dos de los cuales estaban correlacionados entre sí, mientras que los otros 5 aparecían como factores independientes. El contenido de los factores interrelacionados se ajustaba con bastante claridad a las subescalas BI y DI, mientras que el resto recogía los ítems pertenecientes a TD. Sobre esta base, decidimos realizar dos análisis factoriales subsiguientes, uno para BI y TD con rotación oblimin, y otro separado para TD con rotación varimax.

En el análisis global de todos los ítems correspondientes a BI y DI la solución factorial más interpretable fue, de nuevo, la que contenía dos factores correlacionados entre sí ( $r = 0,34$ ;  $p < 0,01$ ), cada uno de los cuales se refería básicamente a una de las dos subescalas propuestas (VE = 44,16%). Dos ítems de BI y otros dos de DI presentaron saturaciones altas en ambos factores (tabla II).

Por su parte, el análisis factorial de los ítems incluidos en la subescala TD puso de manifiesto una estructu-

**TABLA III**  
**Análisis factorial final de la subescala Toma de decisiones (TD)**

Escenario-ítem	Factor 1	Factor 2	Factor 3
E1-Ítem 1	0,55		
E1-Ítem 2A	0,74		
E1-Ítem 2B	0,65		
E2-Ítem 1			0,53
E2-Ítem 2			0,70
E2-Ítem 3			0,65
E2-Ítem 4	0,50		0,40
E3-Ítem 1		0,48	
E3-Ítem 2		0,71	
E3-Ítem 3		0,50	
E3-Ítem 4		0,71	
% VE	16,34	15,27	13,76

E1: escenario 1; E2: escenario 2; E3: escenario 3; VE: variancia explicada.

TABLA IV  
Consistencia interna de la subescala Toma de decisiones (TD) en su formulación final

	Media*	r ítem-total DT	$\alpha$ escenario/ $\alpha$ al eliminar ítem
Escenario 1	5,00 (3,11)		0,78
Ítem 1	0,46 (0,72)	0,50	0,76
Ítem 2A	1,50 (0,72)	0,60	0,73
Ítem 2B	0,53 (0,76)	0,55	0,74
Escenario 2	5,20 (3,50)		0,72
Ítem 1	1,11 (0,84)	0,63	0,64
Ítem 2	0,37 (0,68)	0,50	0,69
Ítem 3	0,12 (0,40)	0,27	0,71
Ítem 4	0,98 (0,81)	0,45	0,70
Escenario 3	3,67 (2,80)		0,73
Ítem 1	0,08 (0,32)	0,34	0,72
Ítem 2	0,58 (0,75)	0,64	0,63
Ítem 3	0,07 (0,26)	0,32	0,71
Ítem 4	1,08 (0,73)	0,61	0,64
Total TD	13,87 (6,50)		0,76

\*Entre paréntesis se expone la desviación típica.

ra de tres factores que se correspondían bastante bien con cada uno de los tres primeros escenarios propuestos, si bien algunos de los ítems no alcanzaban el nivel de saturación exigido. Estos ítems eran, precisamente, los que ya en el análisis de consistencia interna habían resultado problemáticos. A la luz de estos resultados, realizamos un nuevo análisis factorial eliminando los 5 ítems con saturaciones bajas ( $< 0,4$ ). La estructura factorial más significativa fue la trifactorial, según la cual cada factor se ajustaba bien a cada uno de los tres escenarios contemplados (tabla III). El análisis de la consistencia interna de los escenarios, reformulados sobre la base de esta estructura factorial, demostró valores de  $\alpha$  muy superiores a los que se habían obtenido en la evaluación inicial, y siempre superiores a 0,70 (tabla IV). En el Apéndice se recoge la redacción final del cuestionario IDEA, la configuración de cada una de las subescalas y las normas para su interpretación.

## Discusión

El IDEA es un instrumento autoadministrado (tiempo de pase no superior a los 12 min) constituido por 31 ítems (10 en la subescala DI, 10 en la subescala BI y 11 distribuidos en tres escenarios). El formato de respuesta combina alternativas dicotómicas (BI) y escalas Likert de 3 (TD) o 4 pasos (DI). El rango de puntuaciones oscila entre 0-10 (BI), 0-30 (DI) y 0-22 (TD). Con esta formulación final, los datos obtenidos indican que el cuestionario IDEA presenta características psicométricas básicas excelentes, según los parámetros habitualmente establecidos. Su consistencia interna es lo bastante buena como para poder afirmar que los ítems o preguntas propuestas para evaluar cada uno de los dominios establecidos *a priori* rastrean un mismo ámbito conceptual y, por tanto, que se trata de subescalas internamente homogéneas.

En cuanto a la validez de contenido, el análisis factorial inicial conjunto demuestra que los dominios hipotetizados (deseo de información, búsqueda de información y toma de decisiones) están representados de manera adecuada por las subescalas planteadas (DI, BI y TD). Resulta especialmente interesante constatar que buscar información y desear estar informado son parámetros relacionados entre sí, pero no idénticos. Y, a su vez, que ambos aspectos son independientes del hecho de que un paciente tome decisiones respecto a su asma, esto es, que asuma él mismo el control de determinados comportamientos o, por el contrario, decida delegar en el médico.

En nuestra opinión, los tres componentes que evalúa el IDEA (DI, BI y TD) podrían guardar un cierto paralelismo con las fases de precontemplación, contemplación y acción del modelo de estadios de cambio propuesto por Prochaska y Diclemente<sup>14</sup>. El deseo de estar informado y la búsqueda de información se corresponderían con las dos primeras etapas, entre las cuales existe una transición relativamente rápida. La toma de decisiones, sin embargo, implica un comportamiento mucho más activo por parte del paciente. Lo que distingue este momento de los anteriores es, sobre todo, el paso de la pura intencionalidad a la acción, y el contenido de la actuación diferirá en función de los determinantes situacionales específicos que se presenten. Los resultados demostrados por el análisis factorial de la subescala TD avalan este planteamiento ya que, como hemos observado, cada uno de los escenarios configura un factor independiente de los demás. Dicho en otros términos, el paciente decide por sí mismo o delega en el médico dependiendo del tipo de decisiones que se le planteen y del contexto en que éstas se sitúan. El dato es importante porque revela que la toma de decisiones con respecto a la propia enfermedad y su manejo no es un aspecto ligado sólo al modo de ser de un individuo, a sus preferencias o a sus potencialidades, sino que más bien está modulado por la naturaleza de la decisión a tomar y, seguramente, por otros elementos no contemplados aquí, como la seguridad en uno mismo, los conocimientos de que se dispone y la urgencia de la decisión o de sus consecuencias, entre otros<sup>15</sup>.

A la vista de los resultados alcanzados, cabe concluir que el cuestionario IDEA ofrece garantías métricas suficientes, a diferencia del diseñado por Gibson et al<sup>5</sup>, que presenta: *a*) valores de  $\alpha$  de Cronbach inferiores a 0,70 en todas menos una de las subescalas, y *b*) una estructura que, de acuerdo con el análisis factorial, no se ajusta con la teóricamente propuesta<sup>7</sup>. El IDEA podría ayudar al clínico a la hora de intentar conocer de forma estructurada hasta qué punto el paciente asmático está dispuesto a recibir información y a participar en el control de su enfermedad. Evaluar estos aspectos resulta crucial de cara a elaborar programas de automanejo que se ajusten a las necesidades y situación real del enfermo, desarrollando estrategias que contribuyan a incrementar el nivel participativo del mismo<sup>16</sup>. En cualquier caso, son necesarios estudios adicionales para poder conocer con precisión la repetibilidad, validez de constructo y sensibilidad al cambio del nuevo instrumento.

APÉNDICE  
Cuestionario IDEA

Subescala Búsqueda de información

1. Cuando me diagnosticaron el asma pregunté qué es lo que funcionaba mal en mis bronquios
  2. ¿Le ha preguntado a su médico por qué no funcionan bien sus bronquios?
  7. ¿Ha preguntado cuáles son los efectos positivos y negativos de su tratamiento?
  8. ¿Ha preguntado alguna vez qué síntomas necesitan atención urgente?
  10. ¿Se ha interesado por saber para qué tiene que tomar su medicación?
  11. ¿Si usted estuviera ingresado en el hospital por su asma, preguntaría a su médico:
    - a) el tratamiento que le están dando?
    - b) si su vida está en peligro?
  12. ¿Ha pedido a su médico que le indique si algunos estímulos ambientales (polución del aire, humo del tabaco, olores de productos químicos, etc.) pueden empeorar su enfermedad?
  14. ¿Ha preguntado lo grave que es su asma?
  16. ¿Le ha pedido a su médico que le explique cómo debe utilizar su medicación (p. ej., cuándo aumentarla o disminuirla)?
- Formato de respuesta y puntuación: sí = 1; no = 0

Subescala Deseo de información

3. ¿Le gustaría saber cuál es la gravedad de su enfermedad?
  4. ¿Le gustaría saber por qué está tomando su medicación actual y no cualquier otra?
  5. ¿Cree que debería aprender a identificar los síntomas que indican que su asma está empeorando?
  6. Mi médico tendría que explicarme por qué mis bronquios funcionan mal
  9. ¿Le gustaría saber qué es lo que sucede en los bronquios cuando se tiene asma?
  13. ¿Cree que sería útil para usted asistir a reuniones en las que le enseñen cómo manejar su asma?
  15. Si usted necesitara ingresar en el hospital por su asma, ¿cree que debería conocer:
    - a) el tratamiento que se le administra?
    - b) si está en riesgo su vida?
  17. ¿Cree que debería saber si ciertos estímulos ambientales (polución del aire, humo del tabaco, olores de productos químicos, etc.) pueden agravar su asma?
  18. ¿Cree que le deberían decir cuáles son los efectos positivos y negativos de todos los posibles tratamientos de su asma?
- Formato de respuesta y puntuación:  
nunca = 0; algunas veces = 1; casi siempre = 2; siempre = 3

Subescala Toma de decisiones

*Escenario 1:* Imagine que se encuentra bien, y que ha visitado a su médico de cabecera o de atención primaria para que le haga una revisión rutinaria de su asma y para que le dé las recetas de los medicamentos que utiliza normalmente.

1. A pesar de que usted se encuentra bien, el médico, sin embargo, le dice que ha empeorado. ¿Quién debería decidir que le visitara un especialista?
2. Imagínese ahora que usted se encuentra peor que en la última visita, aunque el médico le dice que usted está igual. ¿Quién debería decidir?
  - a) ¿Que le visitara un especialista?
  - b) ¿Aumentar o cambiar la medicación?

*Escenario 2:* Durante los últimos 4 días usted se ha encontrado peor de lo habitual, con más pitos y ahogo (fatiga). Además, le ha resultado cada vez más difícil realizar con normalidad sus tareas cotidianas. Esta noche se ha despertado dos veces por el asma y le ha costado trabajo volver a dormirse. Cuando se ha levantado, la sensación de ahogo y fatiga era todavía mayor que en los últimos días y nota muchos pitos.

1. ¿Quién debería decidir si debe tomar más broncodilatador (Ventolin, Terbasmin, Berodual, Onskil, Buto-asma, etc.)?
2. ¿Quién debería decidir si debe aumentar las dosis de sus medicamentos inhalados preventivos del asma Pulmicort, Tilad, Becotide, Beclóforte, etc.?
3. ¿Quién debería decidir si debe tomar comprimidos de corticoides orales (Dacortin, Urbason, Dezacor, Zamene, etc.)?
4. ¿Quién debería decidir que lo visitara un especialista?

*Escenario 3:* Suponga que ha tenido un ataque de asma grave, que no se alivia con la medicación como otras veces, y que le asusta lo suficiente como para acudir a urgencias del hospital. Una vez allí, los médicos le ingresan en el hospital para tratar su ataque.

1. ¿Quién debería decidir que se le hagan nuevas pruebas y análisis?
2. ¿Quién debería decidir si puede recibir visitas?
3. ¿Quién debería decidir cuándo puede irse a su casa?
4. Una vez superado el ataque y ya en su casa, ¿quién debería decidir si es conveniente acudir a unas sesiones en las que se le enseñen cómo manejar su asma (p. ej., tipo de medicamentos, efectos secundarios, síntomas importantes, etc.)?

Formato de respuesta y puntuación:

Principalmente usted = 2; el médico y usted por igual = 1; principalmente el médico = 0.

Se debe obtener una puntuación para cada escenario, así como la puntuación total de la subescala (suma de las puntuaciones de los escenarios).

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Lloyd S. Education and adherence to therapy in a clinical setting. *Eur Respir Rev* 1998; 58: 333-337.
2. Taggart VS. Implementation of the guidelines: a patient's perspective. *Eur Respir Rev* 1995; 5: 112-115.
3. Boulet LP, Chapman KR, Green LW, Fitzgerald JM. Asthma education. *Chest* 1994; 106 (Supl): 184-196.
4. Janis IL, Mann L. Decision making: a psychological analysis of conflict, choice, and commitment. Nueva York: Collier Macmillan, 1977.
5. Gibson PG, Talbot PI, Toneyuzzi RC and the Population Medicine Group 91C. Self-management, autonomy, and quality of life in asthma. *Chest* 1995; 107: 1003-1008.
6. Perpiñá M, Sobradillo V, Castillo J, Duce F, Manresa F, Martínez J et al. Búsqueda de información y toma de decisiones en pacientes asmáticos. *Arch Bronconeumol* 1999; 35: 435-439.
7. Perpiñá M, Sobradillo V, Castillo J, Duce F, Manresa F, Martínez J et al. Consistencia interna y validez de contenido de la versión española del Asthma Autonomy Questionnaire. *Arch Bronconeumol* 2000; 36: 90-94.
8. Streiner DL, Norman GR. Health measurement scales. A practical guide to their development and use (2.<sup>a</sup> ed.). Nueva York: Oxford University Press, 1995.
9. International Consensus Report on Diagnosis and Treatment of Asthma. *Eur Respir J* 1992; 5: 601-641.
10. Cronbach LJ. Coefficient alpha and the internal structure test. *Psychometrika* 1951; 16: 297-334.
11. Nunnally J. Psychometric theory (2.<sup>a</sup> ed.). Nueva York: MacGraw Hill, 1978.
12. Harman HH. Modern factor analysis (3.<sup>a</sup> ed.). Chicago: University of Chicago Press, 1976.
13. Cattell RB. The scree test for the number of factors. *Multivar Behav Res* 1966; 1: 140-161.
14. Prochaska JO, Diclemente CC. Stages and processes of self change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychology* 1983; 51: 390-395.
15. Cantor N, Zirkel S. Personality, cognition, and purposive behavior. En: Pervin LA, editor. Handbook of personality. Nueva York: The Guilford Press, 1990, 135-164.
16. Green LW, Frankish CJ. Theories and principles of health education applied to asthma. *Chest* 1994; 106 (Supl): 219-230.