

Análisis del concepto de Conducta de Enfermedad: Un acercamiento a los aspectos psicosociales del enfermar

Antonio Galán Rodríguez*, Alfonso Blanco Picabia y M^a Ángeles Pérez San Gregorio

Universidad de Sevilla

Resumen: El concepto de Conducta de Enfermedad ha permitido fructíferos acercamientos a la comprensión psicosocial del enfermar humano, pero en la actualidad es usado de una manera vaga y confusa. Hemos realizado un repaso histórico de este concepto, atendiendo especialmente a las formas en que ha sido utilizado. También hemos analizado la situación de crisis conceptual en la que se encuentra, y planteado la necesidad de delimitar con claridad las dimensiones que lo configuran.

Palabras clave: Conducta de enfermedad, rol de enfermo, conducta anormal de enfermedad, salud.

Title: Illness Behavior concept analysis: An approach to psychosocial understanding of human getting ill.

Abstract: Illness Behavior concept has let successful approaches to psychosocial understanding of human getting ill but nowadays it is used in a vague and confused way. We have carried out a historical review of this concept, paying specially attention to the ways it has been used. We have also analyzed its conceptual crisis situation and presented the need of delimiting clearly the dimensions that configure it.

Key words: Illness behavior, sick role, abnormal illness behavior, health.

1. Introducción

En la actualidad se da un reconocimiento prácticamente generalizado de que en la enfermedad están implicados importantes componentes psicosociales. El logro de esta concepción del enfermar humano ha implicado el recorrido de un largo camino en el cual el concepto de Conducta de Enfermedad ha jugado un papel muy relevante. Este concepto constituye el resultado de un prolongado e interesante flujo de aportaciones de autores procedentes de muy diversos ámbitos, pero que ha derivado en un uso laxo y poco preciso (Mayou, 1984, 1986). En efecto, al mismo tiempo que la expresión “conducta de enfermedad” ha pasado a formar parte del léxico médico y psicológico, su falta de claridad conceptual impide el desarrollo de una línea de trabajo desde la que se han realizado fructíferas contribuciones a la comprensión del enfermar humano. Con este estudio

pretendemos retomar esta línea de investigación a través de un repaso de su evolución histórica y de una reflexión en torno a su situación actual y a sus posibilidades de desarrollo.

2. El concepto de Conducta de Enfermedad

El desarrollo de la Conducta de Enfermedad arranca con la obra del sociólogo T. Parsons y su concepto de “rol de enfermo”. Pero el auténtico fundador de esta línea de trabajo fue D. Mechanic; y posteriormente, ya en el ámbito de la Psiquiatría, I. Pilowsky. Pero al mismo tiempo que estos autores desarrollaban sus trabajos, eran realizadas otras contribuciones que pueden ser situadas dentro del marco conceptual de la Conducta de Enfermedad. Entre ellas podríamos destacar el modelo biopsicosocial de Engel, los trabajos en torno a la distinción “illness-disease”, y los modelos de Leventhal y de McHugh y Vallis. El análisis de las contribuciones de todos estos autores es el objetivo de este apartado.

Cuando Parsons publicó en 1951 su obra “The Social System” aportaba uno de los conceptos que más fructíferos han resultado dentro del ámbito de las Ciencias Sociales. Nos

* **Dirección para correspondencia:** Antonio Galán Rodríguez. Departamento de Psiquiatría, Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológicos. Facultad de Psicología. Avenida San Francisco Javier, s/n. 41005 Sevilla (España).
E-mail: anperez@cica.es

referimos al concepto de “rol”, con el que Parsons designaba los comportamientos que son esperados de una persona en función de su estatus dentro de un grupo social. Este concepto se mostró como un útil instrumento para entender el estatus social tanto de los profesionales sanitarios como de los enfermos, un análisis que abordó el mismo Parsons en el octavo capítulo de la citada obra, y que abría una interesante línea de investigación sobre la dinámica de las relaciones médico-paciente.

El eje central de las concepciones de Parsons en torno a la práctica médica es el concepto de “rol de enfermo” (sick role), un tipo de rol definido por una serie de derechos y deberes que nuestra sociedad occidental adjudica a los enfermos. Así, estos tienen derecho a ser eximidos de las responsabilidades sociales habituales y a no ser considerados responsables de la situación que están viviendo. De la misma manera, los enfermos están obligados a considerar su estado como indeseable (y por tanto, desear mejorar) y a buscar ayuda profesional y cooperar con ella en el proceso de curación. El deseo de disfrutar de los primeros y de evitar los segundos darían lugar a un complicado y dinámico juego de interacciones entre los distintos elementos sociales implicados en el enfermar (Parsons, 1982).

Este modelo aportaba claves muy valiosas para entender el papel social de la enfermedad y la importancia de la relación médico-enfermo. Pero adolecía de serios problemas que diversos autores plantearon de manera inmediata (Ballester Arnal, 1990, 1993b). Así, tiene un limitado rango de aplicación, tanto por las enfermedades en las que se muestra útil (prácticamente se limita a enfermedades fisiológicas agudas) como por la población a la que puede hacerse extensible (es aplicable fundamentalmente a las clases media y alta de las sociedades occidentales). Además, es un modelo que concede un papel muy relevante al profesional médico a costa de obviar el papel de la familia o de las concepciones que el propio enfermo desarrolla en torno a su enfermedad. De la misma manera, desatendía el papel de diversos procesos psicológicos (perceptivos, interpretativos, de

afrontamiento, etc.) que múltiples investigaciones mostraban como importantes en este ámbito; y finalmente, este modelo no dejaba espacio a las diferencias individuales en la forma de vivir la salud-enfermedad.

El principal intento por cubrir estas deficiencias lo llevó a cabo D. Mechanic. Este sociólogo médico partió de diversos datos que mostraban que el hecho de acudir al médico no es una respuesta automática ante el padecimiento de una enfermedad. Así, es muy frecuente que personas enfermas no acudan a los servicios sanitarios, o que individuos sanos sí recurran a estos. Además, parece existir cierta relación entre la vivencia de estrés y la decisión de acudir a un profesional, lo que refleja la influencia de factores extra-médicos en la decisión de acudir a los centros sanitarios (Mechanic, 1992). Estos datos llevaron a Mechanic a concluir que el sentirse enfermo y acudir al médico son los puntos finales de un largo proceso que pudo tener trayectorias alternativas.

En la búsqueda de un concepto que recogiese las variables que están implicadas en este proceso, creó junto con Volkart la expresión “Conducta de Enfermedad”, con la que hacía referencia a la forma particular en la que una persona responde a sus signos corporales y a las condiciones bajo las cuales percibe esos signos como anormales (Mechanic, 1962). La utilidad de este concepto desencadenó un prolífico uso que llevó a la Conducta de Enfermedad a convertirse en un marco de referencia para múltiples y diversas líneas de investigación en torno a la salud-enfermedad. Esto obligó a Mechanic a intentar introducir cierta claridad en el concepto que había creado. Y así, planteó que la Conducta de Enfermedad podía ser conceptualizada de cuatro maneras (Mechanic, 1986):

1. Como una disposición estable de las personas a responder de una forma determinada ante la enfermedad.
2. Como el resultado de la interacción entre variables personales y sociales en el ámbito del enfermar, que van a determinar el significado proporcionado a éste.

3. Como una consecuencia de la organización y estructura del sistema sanitario en cuanto determinantes de la respuesta del enfermo.
4. Como el resultado de un proceso de atribución en torno a la salud-enfermedad.

Frente a esta dispersión del concepto de Conducta de Enfermedad, la obra de I. Pilowsky supone la focalización en un ámbito muy concreto, el de las manifestaciones psicopatológicas que se desarrollan en el ámbito de la corporalidad. El interés por este área de trabajo surgió en Pilowsky a partir de su descontento con las categorías diagnósticas tradicionales acerca de los trastornos somatomorfos. En efecto, consideraba que estos cuadros (histeria, hipocondría, somatización, etc.) carecían de un criterio unificador, de unos límites claros entre ellos y de la capacidad para recoger algunas manifestaciones que pueden ser relevantes en el ámbito de la salud-enfermedad (Pilowsky, 1995, 1996).

Intentando superar estas deficiencias, acuñó la expresión “Conducta Anormal de Enfermedad”, a la que definió como

“la persistencia de un modo inapropiado o desadaptativo de percibir, evaluar y actuar en relación al estado de salud de una persona, a pesar de que el médico (u otros agentes sociales adecuados) haya ofrecido una explicación razonablemente lúcida de la naturaleza de la enfermedad y del curso apropiado del tratamiento que debe ser seguido, con oportunidades para la discusión, negociación y clarificación con el paciente, basándose para ello en la evaluación de todos los parámetros de funcionamiento del sujeto (biológico, psicológico y social) y teniendo en cuenta la edad, y el bagaje educacional y sociocultural del individuo” (Pilowsky, 1993a, p. 62).

Este concepto se convirtió en el eje central de la teorización de Pilowsky, y así:

- a) Planteó que la Conducta Anormal de Enfermedad podría ser conceptualizada como un continuum en el que se situarían todas las manifestaciones de discrepancia entre el estado somático (con síntomas presentes o ausentes) y la reacción del individuo frente a

ellos. De esta forma, todos los trastornos denominados actualmente “somatomorfos” tendrían como elemento común la presencia de una conducta anormal de enfermedad, cuya intensidad variaría de un cuadro a otro.

- b) Elaboró una nueva clasificación de los trastornos somatomorfos, planteando la necesidad de evaluar en cualquier alteración psicopatológica los aspectos de conducta anormal de enfermedad; y así, sugirió la incorporación de un sexto eje en la clasificación de trastornos mentales de la American Psychiatric Association (APA) donde quedasen recogidos los factores de Conducta Anormal de Enfermedad.

De forma paralela a la definición y desarrollo del concepto de Conducta Anormal de Enfermedad, Pilowsky trabajó en la elaboración de un instrumento psicométrico que permitiese objetivarlo. Sus esfuerzos se orientaron al desarrollo de un cuestionario que explorara aquellas áreas afectivas, cognitivas y conductuales que resultan relevantes en el ámbito de la conducta anormal de enfermedad. Y así, junto con Spence creó en 1975 el *Illness Behavior Questionnaire* (IBQ). Originalmente este cuestionario constaba de 52 ítems con un formato de respuesta SÍ/NO, algunos de los cuales habían sido extraídos de la Escala Whiteley de Hipocondría. Posteriormente se le añadieron más ítems, hasta llegar a los 62 del cuestionario final.

Para Pilowsky, el objetivo del cuestionario no es explorar los síntomas que manifiesta el sujeto, sino las actitudes y sentimientos sobre la enfermedad, la percepción de las reacciones de los demás ante ésta, y la visión propia acerca de la situación psicosocial en la que se vive. Inicialmente los estudios fueron realizados con pacientes con dolor crónico, por considerar que en estos adquirirían un gran valor los aspectos psicosociales. La decisión de centrarse en pacientes con dolor crónico ha sido muy criticada; fundamentalmente se ha planteado las limitaciones que establece esta elección a la generalizabilidad de los resultados. No obstante,

los estudios realizados con otros grupos de pacientes han mostrado que, efectivamente, puede generalizarse su uso a una amplia población.

En el trabajo inicial de Pilowsky y Spence (1975), confirmado en parte por estudios posteriores (Pilowsky, 1993b; Zonderman, Heft y Costa, 1985), surgieron una serie de factores cuyo análisis nos permitirá ahondar en los elementos que son incluidos bajo el concepto de Conducta Anormal de Enfermedad; son los siguientes:

1. *Hipocondría general*, que es un factor general de conducta anormal de enfermedad; puntuarían alto en esta escala aquellos sujetos con una actitud hacia la enfermedad llena de temor, con cierta conciencia de su naturaleza excesiva.
2. *Convicción de enfermedad*, que refleja una creencia firme en la presencia de una alteración somática (dirigiendo una gran atención a los síntomas y sensaciones corporales) y un rechazo al intento de tranquilización por parte de los profesionales sanitarios.
3. *Percepción psicológica versus somática de la enfermedad*, que es un factor bipolar; una puntuación alta en este factor indica que el paciente está dispuesto a aceptar la influencia de factores psicológicos en su enfermedad, y bajas puntuaciones indican lo contrario.
4. *Inhibición afectiva*, que mide problemas o dificultades para expresar sentimientos personales (especialmente los negativos).
5. *Perturbación afectiva*, que evalúa la percepción de los sujetos sobre los síntomas afectivos originados por la enfermedad (ansiedad, depresión, tensión).
6. *Negación*, que recoge la tendencia a negar la existencia de problemas vitales aparte de la enfermedad, atribuyendo todas las dificultades a sus problemas de salud (y por tanto, considerando que si estuviesen sanos, no tendrían ninguna dificultad).
7. *Irritabilidad*, dimensión que informa de sentimientos de enfado e irritabilidad, especialmente en contextos interpersonales.

Este cuestionario ha sido utilizado ampliamente en nuestro país, en el que ha sido traducido y baremado en distintos trabajos (Ballester Arnal y Botella Arbona, 1993; Llor Esteban, Godoy Fernández y Nieto Munuera, 1993; Llor Esteban, Nieto Munuera, Godoy Fernández y Morales Messeguer, 1991; Marco San Juan, Rubio Sánchez, Ventura Faci y Lobo Satúe, 1997; Nieto Munuera, Abad Mateo, López Soler *et al.*, 1989); y ha sido empleado en investigaciones con grupos muy diversos de sujetos: enfermos ostomizados (Martínez Poyatos, Arnaldos Herrero y Hernández Martínez, 1996) o infartados (Arnaldos Herrero, Cardona Chacón y Hernández Martínez, 1996), pacientes con crisis de angustia (Ballester Arnal y Botella Arbona, 1993) o grupos heterogéneos de enfermos (por ejemplo Llor Esteban, 1991).

La utilidad del IBQ ha llevado a algunos autores a elaborar instrumentos similares. El más conocido de todos es el *Illness Attitudes Scale* (IAS) de Kellner (Ferguson y Daniel, 1995; Hadjistavropoulos y Asmundson, 1998; Spickens, Spinhoven, Sloekers *et al.*, 1996), con las siguientes escalas: preocupación por la enfermedad, preocupación por el dolor, hábitos de salud, creencias hipocondríacas, tanatofobia, fobia a la enfermedad, y preocupaciones corporales. Y ya en nuestro país, Morales Messeguer ha elaborado el Cuestionario de Conducta de Enfermedad (CEE) (Ortiz Zabala, Abad Mateo y Morales Ortiz, 1993).

A pesar de la valía de sus contribuciones, las aportaciones de Mechanic y de Pilowsky no pueden ser consideradas modelos teóricos plenamente elaborados (Ballester Arnal, 1990). En efecto, Mechanic se limitó al desarrollo del concepto de Conducta de Enfermedad y abordó algunas de las múltiples variables que quedaban recogidas en él. Por otro lado, Pilowsky limitó su área de trabajo a un ámbito muy concreto, el de las manifestaciones psicopatológicas recogidas dentro de la Conducta de Enfermedad. Probablemente fue H. Leventhal el primero en desarrollar de una manera muy elaborada un marco teórico en torno a la Conducta de Enfermedad. Es éste un modelo de autorregulación, en el que el ser humano es conce-

bido como un ente activo que desarrolla sus propias teorías en torno a su estado de salud. Para Leventhal, estas teorías (a las que denomina “de sentido común”, en oposición a las teorías científicas que rigen la actividad del médico) tienen un gran valor porque son las principales determinantes de la conducta del sujeto respecto a su salud (Leventhal y Nerenz, 1985; Nerenz y Leventhal, 1983; Schiaffino y Cea, 1995; Weinman y Petrie, 1997). Por ello, el análisis de Leventhal se centra en las representaciones cognitivas de la enfermedad que elabora cada persona; en ellas quedarán recogidos los factores que el enfermo juzga importantes, como la causa de la enfermedad, su evolución y duración previstas, los rasgos definitorios en función de su experiencia con ella, etc.

Otro modelo teórico especialmente elaborado es el desarrollado por McHugh y Vallis (1986), que no es sino un intento de superar las deficiencias del modelo biopsicosocial de Engel (1977, 1980, 1997). En efecto, estos autores coinciden con Engel en su fuerte oposición al modelo biomédico como una forma reduccionista de abordar al enfermo y al enfermar, en el que estos quedan limitados a los aspectos meramente biológicos. Pero McHugh y Vallis critican al modelo biopsicosocial su escasa operatividad, y de hecho, su modelo es una rigurosa operacionalización de aquél. Además, McHugh y Vallis recogen las aportaciones de diversos autores que han tomado como eje de su trabajo la distinción entre dos términos anglosajones: “illness” y “disease”. En líneas generales, este último haría referencia a los aspectos biológicos del enfermar, mientras que “illness” recogería los modos subjetivos en que la persona percibe, se representa o reacciona ante los síntomas físicos de lo que considera una enfermedad. Entre los autores que han abundado en esta distinción terminológica podríamos mencionar a Coe (1973), Barondess (1979), Kleinman (1986) y Cott (1986).

3. Situación actual de la Conducta de Enfermedad

En la actualidad son muy diversas las líneas de investigación que utilizan como referencia el marco de la Conducta de Enfermedad. Algunos autores han sistematizado estas aportaciones dividiéndolas en tres grupos (Lojo Fritschi, Hilser Vicuña, Quiroz Valdivia *et al.*, 1995; Llor Esteban, 1991; Nieto Munuera *et al.*, 1989):

- 1) Trabajos procedentes del ámbito de la Sociología Médica y la Psicología Social, como los que abordan la influencia del grupo familiar en el desarrollo de una enfermedad, la relación médico-paciente, el cumplimiento de prescripciones terapéuticas, el papel de las actitudes en el ámbito de la enfermedad, los modelos preventivos de salud, los modelos sobre el uso de los servicios sanitarios, etc.
- 2) Trabajos procedentes de la Medicina Comportamental y de la Psicología Clínica, basados en diversas teorías utilizadas en estas disciplinas (del estrés, de la autoeficacia, de los estilos de vida, de autorregulación, etc.); también podríamos incluir en este apartado los estudios acerca del significado de la enfermedad para los individuos, o sobre la relación entre los estilos de vida o la personalidad, y la salud.
- 3) Trabajos dentro del ámbito psicopatológico, que pretenden caracterizar formas patológicas o “no adaptativas” de respuesta ante la enfermedad.

De entre esta multiplicidad de líneas de investigación quisiéramos destacar dos en las que la Conducta de Enfermedad se ha mostrado como especialmente relevante. La primera recoge el último de los puntos que acabamos de abordar: el estudio de las manifestaciones patológicas que pueden aparecer en el ámbito de la enfermedad.

En las últimas décadas asistimos a un importantísimo desarrollo de la nosología psiquiátrica, cuyas plasmaciones más evidentes son los trabajos que en este sentido realizan la Organi-

zación Mundial de la Salud (OMS) y la American Psychiatric Association (APA), con sus CIE y DSM respectivamente. No obstante, existe cierto consenso entre los autores que estudian los aspectos psicosociales del enfermar, en que estas clasificaciones no recogen satisfactoriamente la gran variedad de situaciones que en este ámbito resultan relevantes (Blackwell, 1992; Fava, Freyberger, Bech *et al.*, 1995; Marco San Juan *et al.*, 1997; Mayou, 1986). Así, podríamos mencionar las clásicas discusiones en torno a la delimitación de los trastornos somatomorfos (hipocondría, trastorno por conversión, histeria, trastorno por somatización, etc.); y a éstas, se les ha sumado recientemente la dificultad para delimitar, desde un punto de vista psicopatológico, los aspectos psicosociales presentes en el enfermar humano; en este sentido, con las clasificaciones tradicionales resulta difícil recoger las manifestaciones de distrés psicológico en enfermos médicos (entre otros motivos porque la severidad de los síntomas suele ser menor que la generada en el ámbito psiquiátrico), manejar conceptos relevantes en el ámbito médico (como el de Calidad de Vida), etc. De hecho, muchas de estas manifestaciones sólo son recogidas en categorías secundarias o residuales. Por ejemplo, analizando la DSM-IV (APA, 1995) encontramos algunas de ellas en el capítulo "Otros problemas que pueden ser objeto de atención clínica", en el que se incluye un apartado para "Problemas psicológicos que afectan al estado físico" (F54), distinguiendo entre trastornos mentales, síntomas psicológicos, rasgos de personalidad o estilos de afrontamiento, comportamientos desadaptativos y respuestas fisiológicas relacionadas con el estrés. Algunas otras de estas manifestaciones se encuentran en el apartado "Problemas adicionales que pueden ser objeto de atención clínica", en el que se incluyen el incumplimiento terapéutico (Z91.1), la simulación (Z76.5) y los problemas de aculturización (Z60.3).

Esta línea de trabajo dentro de la Conducta de Enfermedad fue iniciada, como vimos, por Pilowsky, y fue continuada por otros autores. Así, las aportaciones de Fava (1987, 1996), Fava y Grandi (1991) y Fava *et al.* (1995) guardan

cierto paralelismo con las de aquél. Fava y sus colaboradores hablan de "síndromes psicósomáticos", que serían respuestas ante las situaciones vitales, y que se caracterizarían por tener componentes somáticos y mentales asociados; entre ellos incluyen la alexitimia, el patrón de conducta tipo A, la conducta anormal de enfermedad, la fobia a la enfermedad, la tanatofobia, la "health anxiety", la negación de la enfermedad, los síntomas somáticos funcionales secundarios a un trastorno psiquiátrico, la somatización persistente, la conversión, la "reacción de aniversario", el humor irritable y la desmoralización. Vemos por tanto, que al igual que Pilowsky, Fava y sus colaboradores intentan agrupar distintos cuadros de enfermedad con un importante componente psicosocial, tratando de proporcionarles un sentido unitario.

Finalmente, podemos mencionar a otro autor que ha profundizado en la línea psicopatológica de la Conducta de Enfermedad; nos referimos a Blackwell (Blackwell, 1992; Blackwell y Guttman, 1986). Este autor habla de "conducta de enfermedad crónica" o "factores biopsicosociales que afectan a la invalidez, debidos a enfermedades médicas"; con este concepto intenta agrupar lo que él denomina "patología psicósomática" en un síndrome unificador que se caracterizaría por los siguientes siete rasgos:

1. Una incapacidad desproporcionada en relación a la enfermedad detectada.
2. Búsqueda de validación de la enfermedad.
3. Apelaciones a la responsabilidad del médico.
4. Actitudes de vulnerabilidad personal y de sentirse con derecho a ser cuidado.
5. Evitación de roles de salud debida a la falta de habilidades, a las expectativas excesivas o al miedo al fracaso.
6. Adopción del rol de enfermo debida a las recompensas ambientales de la familia, amigos, médicos o programas sociales.
7. Conductas interpersonales dirigidas a mantener el rol de enfermo.

Una segunda línea de trabajo especialmente interesante es la que trata de establecer patrones o perfiles de respuesta propios de las distintas situaciones del enfermar; de esta manera se intenta trascender de la variabilidad en las respuestas individuales para establecer patrones normativos. El concepto de Conducta de Enfermedad ha resultado uno de los instrumentos más fructíferos en este empeño. La forma en que ha sido utilizado ha sido doble:

1. Por un lado, algunos autores han intentado establecer patrones generales de conducta de enfermedad, buscando elementos comunes a individuos que sufren patologías diversas. El IBQ ha sido utilizado por algunos investigadores para llevar a cabo esta labor, tratando de describir y evaluar posibles tipos de respuesta anormal de enfermedad en grupos amplios de pacientes. En nuestro país un estudio importante ha sido el de Nieto Munuera *et al.* (1989) con cerca de 600 sujetos; estos autores consideraron que aproximadamente la mitad de ellos mostraban patrones de conducta anormal de enfermedad, y que podían clasificarse en los tres siguientes tipos:
 - a) Un patrón de conversión con elevada tendencia a somatizar y a negar la existencia de problemas psicológicos en el origen de la enfermedad, con gran dificultad para expresar los sentimientos; fue hallado sobre todo en enfermos con dolor crónico.
 - b) Un patrón hipocondríaco, que aparecía en personas que se habían instalado biográficamente en su enfermedad; fue encontrado especialmente en enfermos con más de doce años de evolución.
 - c) Un patrón distímico, presente en personas que se caracterizaban por manifestar alteraciones afectivas, reconocer la existencia de factores psicológicos en la causación de la enfermedad y conceder gran importancia a hechos biográficos significativos; hallaron este patrón sobre todo en enfermos crónicos atendidos en centros de salud.

2. Un segundo acercamiento ha implicado la identificación de patrones psicosociales en enfermedades concretas. Así, se ha evaluado la conducta de enfermedad en pacientes ostomizados (Martínez Poyatos *et al.*, 1996), infartados (Arnaldos Herrero *et al.*, 1996), o con crisis de angustia (Ballester Arnal y Botella Arbona, 1993).

4. La crisis de identidad de la Conducta de Enfermedad

Como indica Ballester Arnal (1993a), desde la formulación inicial de Mechanic y Volkart en 1962, han sido muy numerosos los trabajos publicados en torno a este concepto, muchos de los cuales apenas tienen relación con la definición original de estos autores. Así, bajo el rótulo de Conducta de Enfermedad se agrupan trabajos muy dispares, como los referidos a los estilos de afrontamiento ante enfermedades, los procesos perceptivos en esquizofrénicos, la búsqueda de ayuda médica en una determinada cultura o la despersonalización en el enfermo. Una muestra de esta situación la encontramos en el rechazo que sufrió este concepto por parte de la Administración estadounidense al considerar ésta que bajo la Conducta de Enfermedad se aglutinaban condiciones y conceptos que estarían mejor separados (Blackwell, 1992).

Estas distintas concepciones de la Conducta de Enfermedad varían en su grado de amplitud; así, para algunos autores es un concepto muy restringido que nos permite recoger las diferencias individuales en la forma de percibir y actuar respecto a la enfermedad, mientras que para otros la Conducta de Enfermedad es un modelo de relación entre la enfermedad y los factores psicosociales que influyen en ella. De la misma manera, mientras que algunos autores restringen el concepto a áreas muy determinadas del funcionamiento personal (por ejemplo las primeras formulaciones de Pilowsky) otros adoptan una posición tan amplia que prácticamente equiparan la Conducta de Enfermedad a todo el ámbito de trabajo de la Psicología de la Salud (Ballester Arnal, 1993a).

Por todo ello consideramos como Ballester Arnal (1993a) o Galdón y Andreu (1990) que este concepto sufre una crisis de identidad, y en cuyo origen parece haber intervenido su acelerado crecimiento. En efecto, la Conducta de Enfermedad ha pasado rápidamente a formar parte del vocabulario médico y psicológico habitual, de tal forma que es utilizado con profusión, pero de una manera excesivamente laxa, hasta tal punto que parece haber perdido su significado. Una de las anotaciones más lúcidas en este sentido fue realizada por Mayou en 1984, al llamar la atención acerca de las variadas y escasamente rigurosas formas en que son utilizados los términos “rol de enfermo”, “afrentamiento” y “conducta de enfermedad”. Así, este autor enfatiza los siguientes puntos:

1. El “rol de enfermo” es un concepto teórico que describe un papel ideal, y que por tanto no explica las variaciones individuales. Y aquí precisamente reside el error más frecuentemente cometido: utilizar el concepto de rol de enfermo para describir las variaciones individuales en la forma de percibir la enfermedad.
2. El término “conducta de enfermedad” ha sido utilizado de tres formas dentro del ámbito de la Psiquiatría:
 - a) como categoría diagnóstica, utilizada para aquellos problemas que no encajan en las clasificaciones habituales, y donde la psicopatología es menos evidente que el problema de conducta;
 - b) como una forma de aportar una explicación social de una conducta alterada;
 - c) como categoría de conducta usada para un grupo heterogéneo de problemas crónicos (psicológicos o médicos) asociados a demandas excesivas de ayuda médica.
3. En el ámbito psiquiátrico, el concepto de afrontamiento ha sido utilizado en muchas ocasiones como sinónimo de rol de enfer-

mo o de conducta de enfermedad, especialmente ante reacciones agudas y situaciones fuertemente estresantes.

5. Conclusiones

Cuando se intenta delimitar las manifestaciones psicológicas que aparecen en el ámbito médico, nos encontramos con múltiples conceptos y modelos que realizan aportaciones parciales para la comprensión de estos fenómenos. Es por ello por lo que necesitamos conceptos integradores que aporten visiones amplias y completas en torno a la salud y la enfermedad. La Conducta de Enfermedad realizó valiosas aportaciones en este sentido, sirviendo como un marco de referencia para muy diversas líneas de investigación. Pero como hemos reflejado a lo largo del artículo, este crecimiento no se ha visto debidamente acompañado de un trabajo de reflexión y organización que le permitan convertirse en un modelo operativo. No obstante, la ausencia de estos marcos teóricos integradores nos obliga a replantearnos la utilidad del concepto de Conducta de Enfermedad.

Desde nuestro punto de vista, esta revisión del concepto debería prestar una atención especial a la línea de trabajo iniciada por Pilowsky y continuada por otros autores interesados en los aspectos psicopatológicos de la Conducta de Enfermedad; en efecto, estos investigadores lograron acercamientos a la Conducta de Enfermedad que convertían a ésta en un concepto descompuesto con claridad en una serie de dimensiones perfectamente delimitadas y con un cierto carácter operativo. Éste es a fin de cuentas el principal reto de la Conducta de Enfermedad si queremos convertirla en un concepto útil para entender el complejo mundo del enfermar: determinar qué dimensiones psicosociales son relevantes para nuestra práctica profesional (médica y/o psicológica) y desarrollar procedimientos para explicarlas y valorarlas, y tanto en el ámbito de la conducta normal como en la patológica.

Referencias

- American Psychiatric Association (1995). *DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Arnaldos Herrero, J.D., Cardona Chacón, C., y Hernández Martínez, J. (1996). Personalidad y conducta de enfermedad en pacientes con infarto agudo de miocardio (II). *Anales de Psiquiatría*, 12, 330-336.
- Ballester Arnal, R. (1990). *Aspectos conceptuales sobre Conducta de Enfermedad*. Tesis de Licenciatura no publicada, Universidad de Valencia.
- Ballester Arnal, R. (1993a). Conducta de Enfermedad. La búsqueda de una identidad. *Boletín de Psicología*, 38, 63-88.
- Ballester Arnal, R. (1993b). Un análisis crítico de la aportación de Parsons a la Psicología de la Salud. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 25, 41-51.
- Ballester Arnal, R., y Botella Arbona, C. (1993). Perfil de Conducta de Enfermedad en pacientes con crisis de angustia. *Análisis y Modificación de Conducta*, 19, 233-265.
- Barondess, J. (1979). Disease and illness: a crucial distinction. *American Journal of Medicine*, 66, 375-376.
- Blackwell, B. (1992). Sick-Role Susceptibility. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 58, 79-90.
- Blackwell, B., y Gutmann, M. (1986). The management of chronic illness behaviour. En S. McHugh y T.M. Vallis (Eds.), *Illness Behavior: a multidisciplinary model* (pp. 401-408). New York: Plenum Press.
- Coe, R.M. (1973). *Sociología de la Medicina*. Madrid: Alianza.
- Cott, A. (1986). The disease-illness distinction: a model for effective and practical integration of behavioural and medical sciences. En S. McHugh y T.M. Vallis (Eds.), *Illness Behavior: a multidisciplinary model* (pp. 71-100). New York: Plenum Press.
- Engel, G.L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 1129-1136.
- Engel, G.L. (1980). The clinical application of the Biopsychosocial Model. *American Journal of Psychiatry*, 137, 535-544.
- Engel, G.L. (1997). From biomedical to biopsychosocial. Being scientific in the human domain. *Psychosomatics*, 38, 521-528.
- Fava, G.A. (1987). Psychosomatic diagnosis. *Psychosomatics*, 28, 549-550.
- Fava, G.A. (1996). Beyond the biopsychosocial model: psychological characterization of medical illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 40, 117-120.
- Fava, G.A., Freyberger, H.J., Bech, P., Christodoulou, G., Sensky, T., Theorell, T., y Wise, T.N. (1995). Diagnostic criteria for use in psychosomatic research. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 63, 1-8.
- Fava, G.A., y Grandi, S. (1991). Differential diagnosis of hypochondriacal fears and beliefs. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 55, 114-119.
- Ferguson, E., y Daniel, E. (1995). The Illness Attitude Scale (IAS): a psychometric evaluation on a non-clinical population. *Personality and Individual Differences*, 18, 463-469.
- Galdón, M.J., y Andreu, Y. (1990). El concepto de Conducta de Enfermedad y sus diferentes campos de aplicación. En E. Ibáñez (Ed.). *Psicología de la Salud y estilos de vida* (pp. 247-276). Valencia: Promolibro.
- Hadjistavropoulos, H.D., y Asmundson, G.J.G. (1998). Factor analytic investigation of the Illness Attitudes Scale in a chronic pain sample. *Behaviour Research and Therapy*, 36, 1185-1195.
- Kleinman, A. (1986). Illness meanings and illness behaviour. En S. McHugh y T.M. Vallis (Eds.), *Illness Behavior: a multidisciplinary model* (pp. 149-160). New York: Plenum Press.
- Leventhal, H., y Nerenz, D.R. (1985). The assessment of illness cognition. En P. Karoly (Ed.), *Measurement strategies in Health Psychology* (pp. 517-554). New York: Wiley.
- Lojo Fritschi, F., Hilsner Vicuña, L., Quiroz Valdivia, R., Llor Esteban, B., y Nieto Munuera, J. (1995). Estructura factorial de segundo orden del cuestionario I.B.Q. de Pilowsky en una población andina (Cusco-Perú). Estudio comparativo con población española y anglosajona. *Anales de Psiquiatría*, 11, 386-389.
- Llor Esteban, B. (1991). *Estudio de la Conducta de Enfermedad en pacientes crónicos*. Tesis Doctoral no publicada, Universidad de Murcia.
- Llor Esteban, B., Godoy Fernández, C., y Nieto Munuera, J. (1993). Factorización y depuración del cuestionario IBQ en población clínica española. *Anales de Psiquiatría*, 9, 209-213.
- Llor Esteban, B., Nieto Munuera, J., Godoy Fernández, C., y Morales Meseguer, J.M. (1991). Baremo del cuestionario I.B.Q. en población clínica española. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 19, 263-267.
- Marco San Juan, J.C., Rubio Sánchez, J.L., Ventura Faci, T., y Lobo Satué, A. (1997). La Conducta de Enfermedad. En F. Rodríguez Pulido, J.L. Vázquez Barquero y M. Desviat Muñoz (Eds.), *Psiquiatría Social y Comunitaria* (Vol. 1, pp. 363-388). Las Palmas: ICEPSS.
- Martínez Poyatos, M.C., Arnaldos Herrero, J.D., y Hernández Martínez, J. (1996). Personalidad, conducta de enfermedad y adaptación psicosocial del ostomizado (I). *Anales de Psiquiatría*, 12, 202-208.
- Mayou, R. (1984). Sick role, illness behaviour and coping. *British Journal of Psychiatry*, 144, 320-322.
- Mayou, R. (1986). The use of illness behaviour concepts in Psychiatry. En S. McHugh y T.M. Vallis (Eds.), *Illness Behavior: a multidisciplinary model* (pp. 377-382). New York: Plenum Press.
- McHugh, S., y Vallis, T.M. (Eds.) (1986). *Illness Behavior: a multidisciplinary model*. New York: Plenum Press.
- Mechanic, D. (1962). The concept of illness behavior. *Journal of Chronical diseases*, 15, 189-194.
- Mechanic, D. (1986). Illness Behaviour: an overview. En S. McHugh y T.M. Vallis (Eds.), *Illness Behavior: a multidisciplinary model* (pp. 101-109). New York: Plenum Press.
- Mechanic, D. (1992). Health and illness behavior and patient-practitioner relationships. *Social Science and Medicine*, 34, 1345-1350.
- Nerenz, D.R., y Leventhal, H. (1983). Self-Regulation Theory in Chronic Illness. En T.G. Burish y L.A. Bradley

- (Eds.), *Coping with chronic disease. Research and applications* (pp. 13-37). London: Academic Press.
- Nieto Munuera, J., Abad Mateo, M.A., López Soler, C., García Montalvo, C., y Morales Meseguer, J.M. (1989). Conducta de Enfermedad. Un intento de identificación de tipos clínicos. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*, 17, 53-58.
- Ortiz Zabala, M., Abad Mateo, A., y Morales Ortiz, A. (1993). Aspectos psicológicos del enfermo respiratorio: Conducta de Enfermedad y Calidad de Vida. *Psiquis*, 14 (4), 32-38.
- Parsons, T. (1982). *El sistema social*. Madrid: Alianza (Traducción del original en inglés *The social system*. New York: Free Press, 1951).
- Pilowsky, I. (1993a). Aspects of Abnormal Illness Behaviour. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 60, 62-74.
- Pilowsky, I. (1993b). Dimensions of Illness Behaviour as measured by the Illness Behaviour Questionnaire: a replication study. *Journal of Psychosomatic Research*, 37, 53-62.
- Pilowsky, I. (1995). Low back pain and illness behavior (inappropriate, maladaptative, or abnormal). *Spine*, 20, 1522-1524.
- Pilowsky, I. (1996). From conversion hysteria to somatisation to abnormal illness behaviour?. *Journal of Psychosomatic Research*, 40, 345-350.
- Pilowsky, I., y Spence, N. (1975). Patterns of Illness Behaviour in patients with intractable pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 19, 279-287.
- Schiaffino, K.M., y Cea, C.D. (1995). Assessing chronic illness representations: the Implicit Models of Illness Questionnaire. *Journal of Behavioral Medicine*, 18, 531-548.
- Speckens, A.E.M., Spinhoven, P., Sloekers, P.P.A., Bolk, J.H., y Van Hemert, A.M. (1996). A validation study of the Whitely Index, the Illness Attitude Scales, and the Somatosensory Amplification Scale in general medical and general practice patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 40, 95-104.
- Weinman, J., y Petrie, K. (1997). Illness perceptions: a new paradigm for psychosomatics?. *Journal of Psychosomatic Research*, 42, 113-116.
- Zonderman, A.B., Hefst, M.W., y Costa, P.T. (1985). Does the illness behavior questionnaire measure abnormal illness behavior?. *Health Psychology*, 4, 425-436.

(Art. recibido: 31-5-2000, aceptado: 18-1-2001)