

## Dimensiones psicosociales mediadoras de la conducta de enfermedad y la calidad de vida en población geriátrica

Joaquín Nieto Munuera\*, M<sup>a</sup> Ángeles Abad Mateo y Ana Torres Ortuño

*Universidad de Murcia*

**Resumen:** En este artículo, se presentan los principales hallazgos encontrados en distintos trabajos realizados por nosotros en población geriátrica. Los objetivos se centran en el estudio de las variables psicosociales que determinan el comportamiento de nuestros sujetos ancianos ante los estados de salud y enfermedad, y su repercusión en la calidad de vida de los mismos. Se discute la presencia de patrones diferenciados de respuesta ante la enfermedad, influidos tanto por variables psicológicas como sociodemográficas.

**Palabras claves:** Conducta de enfermedad, Calidad de vida, Población geriátrica

**Title:** The psychosocial mediating dimensions of the illness behaviour and quality of life in geriatric population.

**Abstract:** We present a review of the main findings in several works about geriatric population, extracted from our studies. The objectives are focused in studying psychosocial variables that influence the behavior of the elderly people in health and illness, and the consequences in quality of life. We discuss the presence of different behavior patterns in response to the illness, influenced as much as for psychological and sociodemographic variables.

**Key words:** Illness behaviour, Quality of life, Geriatric population.

### 1. Introducción

El objetivo de este trabajo es el de reflexionar y aportar nuestra experiencia, acerca del estudio de las variables psicosociales que determinan el comportamiento de los ancianos ante los estados de salud y enfermedad y por tanto su repercusión en la calidad de vida de los mismos.

No podemos sustraernos a la importancia que en los últimos años ha cobrado el tema de la calidad de vida, sobre todo a la hora de plantearse cualquier estudio en el ámbito sociosanitario. En este contexto, es indudable que uno de los mayores retos del fin del milenio, al menos en las sociedades avanzadas, es atender, mejorar y mantener la calidad de vida de un sector creciente de población que por su propia dinámica está determinando y a la vez modificando el concepto de vejez.

El concepto de calidad de vida hace referencia a un proceso dinámico que ha sufrido profundas modificaciones en las tres últimas décadas, evolucionando desde una concepción sociológica, hasta la

actual perspectiva psicosocial, en la que los aspectos subjetivos del bienestar o de la satisfacción personal con la vida cobran especial relevancia.

Actualmente se define la calidad de vida como un constructo complejo, multifactorial y se acepta que hay una dualidad subjetiva-objetiva en todas las definiciones de la misma, la primera referida al concepto de bienestar o satisfacción con la vida (McDowell y Newell, 1987; Cuervo Arango, 1990); y la segunda relacionada con aspectos del funcionamiento social, físico y psíquico (Blanco-Abarca, 1985 y Baca, 1990). Siendo la interacción entre ambos lo que determina la Calidad de Vida (Szalai, 1980). En este marco, el estudio de la "Conducta de enfermedad" cobra una especial importancia, por cuanto es determinante en la valoración de los estados de salud y enfermedad por parte de los sujetos ancianos.

### 2. Variables psicosociales que intervienen en la conducta de enfermedad

El término "Conducta de Enfermedad", fue acuñado por Mechanic en 1962, "para designar las peculiaridades individuales de las respuestas ante la situación de enfermedad que mediadas por diferencias en su percepción y evaluación, estarían

\* **Dirección para correspondencia:** Joaquín Nieto Munuera. Dept<sup>o</sup> de Psiquiatría y Psicología Social. Universidad de Murcia, Hospital General Universitario. Apdo. 4021, 30080 Murcia (España).  
E-mail: jnietomu@fcu.um.es

condicionadas tanto por factores sociales como por las características personales del enfermo". Evidentemente, algunos de los aspectos incluidos en esta definición, ya habían sido tenidos en cuenta en la investigación de la Psicología tradicional, pero el interés de esta formulación unitaria en el marco de la Psicología y la Sociología Médica actuales es claramente manifiesto.

El estudio de la conducta de enfermedad se ha abordado a través de tres grandes líneas de trabajo: de una parte, la sociología médica, a partir del estudio de la influencia de los factores culturales, étnicos, religiosos y sociales en las variaciones que se producen en la situación de enfermedad Mechanic (1978, 1986). Su punto de partida arranca de los planteamientos de Parson (1951) respecto de su formulación de rol de enfermo.

De otra parte, desde los supuestos de la medicina conductual y en la aplicación del modelo teórico del estrés, que ha conducido a la descripción (por analogía) de lo que podrían ser las estrategias básicas de afrontamiento con la situación de enfermedad. Lazarus (1984).

Por último encontramos una orientación psicopatológica que ha estado centrada en el intento de caracterizar las formas patológicas o no adaptativas de responder ante la situación de enfermedad. Su logro más significativo ha sido la formulación de Pilowsky en 1969 del concepto de conducta anormal de enfermedad.

El modelo de conducta de enfermedad plantea la necesidad de evaluar simultáneamente al paciente en sus dimensiones biológica, psicológica y social, en un intento de operativizar el modelo biopsicosocial propuesto por Engels (1977). Desde sus formulaciones iniciales, el campo de estudio se ha ido extendiendo paulatinamente, y en los momentos actuales su campo de investigación es muy amplio, es por ello que se han propuesto distintos modelos explicativos que intentan integrar las diferentes variables implicadas desde el punto de vista biológico, psicológico y social. Quizás sea el modelo de conducta de enfermedad propuesto por McHugh y Vallis (1986), el que hasta el momento, mejor integre y sea capaz de explicar el conjunto de dichas variables.

Queda pues esbozado, que el constructo teórico de *Conducta de Enfermedad* alude a una realidad ciertamente compleja, en donde múltiples variables intervienen y determinan los comportamientos que los sujetos presentan ante los estados de salud y enfermedad. Se han señalado diversas variables

psicosociales que han demostrado estar fuertemente implicadas.

En un primer grupo podemos incluir un conjunto de variables cognitivas que se han demostrado su intervención, como variables mediadoras en la *Conducta de Enfermedad*, siendo las creencias en la enfermedad, el significado que tiene la enfermedad para los pacientes, al igual que el proceso que supone la representación mental de la enfermedad y el afrontamiento a la misma.

En otro grupo incluiríamos un conjunto de variables de influencia social y cultural, en donde los acontecimientos vitales y el apoyo social han demostrado fehacientemente su importancia.

Finalmente señalar la importancia de la relación profesional de la salud - paciente, como la variable a la vez mediadora y iatrogénica.

### 3. Conducta de enfermedad geriátrica

Podemos comentar a continuación, algunos resultados de nuestra experiencia en el estudio de la conducta de enfermedad con pacientes geriátricos, comparándolos con distintos colectivos de pacientes, utilizando el cuestionario IBQ (Illness Behavior Questionnaire) creado por Pilowsky en 1975, y que es sin duda el cuestionario más usado a la hora de abordar la cuantificación del constructo "Conducta de Enfermedad."

Previamente vamos a describir brevemente el Cuestionario I.B.Q., que es un instrumento autoaplicado de 62 ítems, que se distribuyen, según su estructura factorial en 7 escalas que describen otros tantos aspectos de la respuesta individual ante la situación de enfermedad. Las dimensiones las podemos observar en la Tabla 1.

Junto a la puntuación correspondiente a cada una de estas escalas, el cuestionario proporciona una medida de tendencia general a la Hipocondría, el denominado Índice de Whiteley (WI), y una puntuación de la Función Discriminante (DF), obtenida por Pilowsky en su trabajo con pacientes de Clínica del Dolor en los que existía un importante componente psicógeno y en cuya determinación se combinan de forma ponderada las puntuaciones de las escalas de Convicción de Enfermedad (DC), Percepción Psicológica Vs Somática (P/S), Inhibición Afectiva (AI) y Negación (D). La interpretación que ofrece Pilowsky, es que valores elevados en este parámetro reflejarían una tendencia a la "conversión".

**Tabla 1:** El Cuestionario I.B.Q. y las subescalas que lo componen

| Escalas IBQ |  |
|-------------|--|
| <b>GH</b>   | Hipocondriasis General   |
| <b>DC</b>   | Convicción de Enfermedad (de la gravedad y carácter somático de la misma)  |
| <b>P/S</b>  | Percepción Psicológica Vs Somática del origen de los síntomas.   |
| <b>AI</b>   | Inhibición Afectiva (Dificultad para exteriorizar sentimientos)  |
| <b>AD</b>   | Alteración Afectiva (presencia de síntomas de ansiedad y depresión)  |
| <b>D</b>    | Negación de los problemas biográficos relacionados con la enfermedad y atribución a la misma de las dificultades existentes. |
| <b>I</b>    | Irritabilidad. Indicando la presencia o ausencia de relaciones conflictivas con el medio causadas por la enfermedad          |

Tabla 1.

Nuestros resultados referentes a la obtención de perfiles diferenciales en diversas muestras de pacientes, se basan en las puntuaciones medias de cada una de las escalas del IBQ y de su comparación tras aplicar las correspondientes pruebas estadísticas (Pruebas "t" en unos casos o análisis de varianza simple en otros).

En la tabla nº 2, podemos observar los grupos clínicos de estudio y su distribución muestral correspondiente. Se trata de pacientes con enfermedades crónicas; así contamos con un grupo diagnosticado de infarto de miocardio, otros son pacientes pertenecientes a la clínica del dolor, también pacientes ostomizados, pacientes sometidos a hemodiálisis, un grupo de pacientes de medicina general, y de pacientes psiquiátricos pertenecientes a consultas ambulatorias, un grupo mas amplio constituido por la primera muestra, sobre la que realizamos la adaptación española del cuestionario IBQ. Al igual que un grupo de pacientes ancianos ingresados en una Residencia. Todos estos grupos clínicos pertenecen a distintos dispositivos sanitarios (hospitales públicos, centros de atención primaria y de especialidades) encuadrados en la ciudad de Murcia. Finalmente incluimos la muestra de pacientes del trabajo realizado en población andina, y que forma parte del estudio transcultural efectuado conjuntamente con la Universidad del Cusco, en Perú.

Los datos mas importantes y significativos que conformarían un "perfil típico" de nuestros pacientes geriátricos, serían los siguientes:

**Tabla 2.** Grupos clínicos

| Grupo          | N   | Edad Media | Varones | Mujeres |
|----------------|-----|------------|---------|---------|
| M.Tipificación | 571 | 54         | 243     | 328     |
| Infartos       | 106 | 58,4       | 97      | 9       |
| Diálisis       | 106 | 50,7       | 67      | 39      |
| C.Dolor        | 72  | 55         | 38      | 34      |
| Ostomias       | 70  | 53,7       | 41      | 29      |
| M.General      | 393 | 49,1       | 163     | 230     |
| Psiquiátricos  | 58  | 46         | 16      | 42      |
| Ancianos       | 81  | 73         | 41      | 40      |
| P. Andina      | 406 | 39,53      | 171     | 235     |

En Primer lugar, la existencia de puntuaciones elevadas en la escala P/S. Este hecho revela la existencia en los pacientes ancianos de una tendencia a atribuir sus molestias y síntomas de su enfermedad a causas más de tipo psicológico y social o debidos a problemas biográficos, que a causas estrictamente biológicas, lo que denotaría un "locus de control" de tipo interno.

En segundo lugar, se constata la presencia de puntuaciones altas en la escala de Inhibición Afectiva (AI), indicando una clara dificultad para expresar sentimientos, en especial los negativos. También según Pilowsky, indicarían una falta de asertividad en áreas de funcionamiento social y dificultades en el manejo de la ansiedad.

En tercer lugar, y al contrario de las puntuaciones anteriores, destaca una puntuación mas baja en la escala de Irritabilidad (I), Este dato que es concordante con el anterior, indicaría una tendencia en nuestros ancianos a reprimir sentimientos de agresividad en las relaciones interpersonales y a la adopción de actitudes de conformismo y pasividad frente a las limitaciones impuestas por su enfermedad.

Un apartado que queremos destacar en el estudio los pacientes geriátricos, utilizando el Cuestionario IBQ, ha sido el intento de aislar e identificar los diferentes patrones de respuesta ante la situación de enfermedad, que pudieran darse con mayor frecuencia. Para ello efectuamos un Análisis Cluster a partir de los perfiles de puntuaciones individuales, obtenidos por los sujetos pertenecientes a nuestra muestra de ancianos. Pudimos comprobar que los casos se repartían en dos grupos en función de las diferencias establecidas en 5 variables, las escalas Convicción de enfermedad (DC), Percepción Psicológica /Somática (P/S), Negación (D), Función discriminante o tendencia a la "Conversión" (DF) e Índice de Hipocondría de Whiteley (WI). Todas ellas con valores "F" con una probabilidad inferior al 0,01 p. 100.

En la Tabla 3 se ofrece un resumen de las características definitorias de ambos grupos.

**Tabla 3:** Patrones de respuesta (An. Cluster)

|   | Puntuaciones |            |
|---|--------------|------------|
|   | Altas        | Bajas      |
| Grupo 1.<br>N=55, 67.9%<br>Edad Med.=73.1 | P/S          | DC,D,DF,WI |
| Grupo 2.<br>N=26, 32.1%<br>Edad Med=72.8  | DC,D,DF,WI   | P/S        |

Las dos agrupaciones establecidas son de desigual magnitud, respecto al número de sujetos (55 y 26 respectivamente), pero con similar reparto respecto al sexo y edad.

El análisis de las diferencias establecidas entre ambos grupos y en función de las variables que discriminan, permite la descripción de dos "patrones de respuesta" o de "perfiles" de conducta de enfermedad en nuestros sujetos ancianos.

El grupo más pequeño, cuenta con el 32.9% de los casos, y se caracteriza por la presencia de altas puntuaciones en Convicción de enfermedad (DC), Negación (D), Tendencia a la "Conversión" (DF) e Índice de Hipocondría (WI), y por el contrario su media es muy baja en la escala de Percepción Psicológica Vs Somática (P/S). Estos datos permiten describir la respuesta ante la enfermedad de las personas que componen este grupo, sobre una firme convicción de padecer una enfermedad corporal, y la negativa a admitir la posible influencia de problemas de índole psicosocial en el curso de su enfermedad. Los rasgos más destacables en el comportamiento de estos sujetos, serían la tendencia al desarrollo de actitudes hipocondríacas y a la "conversión" de tensiones emocionales (negadas) en molestias corporales. Como consecuencia se darían en estas personas, posturas tendentes al "invalidismo" y a la "dependencia" y en definitiva la generación de conductas dirigidas a la obtención de "ganancias secundarias". Se trata por tanto, de un tipo de pacientes crónicos que encontramos con mucha frecuencia en la Clínica y que se estructura en torno a la identificación excesiva del desempeño del rol de enfermo y a la instalación biográfica en la situación de enfermedad.

El otro grupo mayoritario, supone el 67.9%, presentando unas características diametralmente opuestas, es decir los sujetos que lo componen, obtienen puntuaciones bajas en las escalas de Convicción de enfermedad (DC), Negación (D), Ten-

dencia a la "conversión" (DF), e Índice de Hipocondría (WI) y por el contrario puntuaciones altas en Percepción Psicológica Vs Somática (P/S). Nos encontramos aquí destacados algunos de los rasgos que parecían estar presentes en la totalidad de la muestra, tal como antes hacíamos referencia, pudiendo ser considerados por tanto como propios de la mayoría de los pacientes geriátricos. A nuestro juicio, el hecho más significativo a destacar, consistiría en la importante problemática psicológica implicada en la conceptualización de la enfermedad que elaboran nuestros sujetos. De una parte parece existir en ellos un elevado nivel de atribución de sus molestias y síntomas a sus problemas psicobiográficos; de otra parte, presentan un importante cuadro de inhibición afectiva y serías dificultades para la exteriorización de sus sentimientos. En estas condiciones serían explicables la aparición y el mantenimiento de "somatizaciones" concomitantes o expresivas de la situación distímica creada por la conflictividad descrita.

Finalmente queremos destacar, que estos hallazgos, a nuestro juicio, resaltan la importancia de este tema, es decir, de las características de las respuestas de nuestros pacientes geriátricos ante la situación de enfermedad; debe igualmente señalarse que la valoración de su *Conducta de Enfermedad*, nos parece importante de cara a complementar el diagnóstico y a favorecer las indicaciones terapéuticas, y que en definitiva estos aspectos deberían tenerse en cuenta a la hora de planificar las actuaciones y el quehacer cotidiano de los médicos y de los profesionales sanitarios que trabajan con pacientes ancianos; de esta forma estaremos contribuyendo a poder mantener y si fuera posible también aumentar, su calidad de vida.

#### 4. Calidad de vida en sujetos ancianos

La Calidad de Vida del anciano está determinada de una parte, por la valoración que ellos hacen del grado de bienestar y satisfacción general con su propia vida y de otra parte, su funcionamiento social, psíquico y físico, y en definitiva de la valoración global de su salud y enfermedad.

Por tanto consideramos que debíamos ampliar el análisis de la conducta de enfermedad con el estudio de la calidad de vida de los ancianos.

Vamos pues a comentar los datos que nos parecen más relevantes obtenidos en un estudio realizado por nosotros sobre la Calidad de Vida en personas de edad.

Con este fin, de los muchos instrumentos de Calidad de Vida que existen, nosotros empleamos el Inventario de Calidad de Vida (ICV) de Riaño e Ibañez (1992), en sus versiones reducidas (FFSS y CELR), no sólo porque mide las grandes áreas en que se desenvuelve el individuo sino también porque parece ser capaz de establecer diferencias interindividuales en función de características personales, edad y sexo así como diferencias intragrupalas.

Las variables estudiadas fueron calidad de vida familiar, física, sexual, social, cultural, económica y religiosa.

Lo aplicamos a una muestra de 74 personas de edad, residentes en Murcia y seleccionadas según unos criterios de inclusión y exclusión establecidos previamente. Además, elaboramos un protocolo que recogía aspectos sociodemográficos como estado civil (soltero, casado, viudo y separado), ingresos económicos (bajos) y nivel de instrucción (primarios, secundarios y superiores) y percepción subjetiva de la salud (buena, mala y regular). Además las variables edad (60-70 años, 70-80 años y más de 80 años), sexo (hombres y mujeres) y lugar de residencia (institución, casa propia y con familiares).

Los datos fueron sometidos a diversos tratamientos estadísticos, resaltando aquí los resultados del análisis de varianza y del análisis cluster.

Con el análisis de varianza pretendíamos, por un lado, ver si existen diferencias entre las variables que componen la calidad de vida; y por otro, conocer y determinar qué grupos difieren entre si significativamente según las variables cualitativas registradas.

En primer lugar, en función del sexo entre hombre y mujeres no hay diferencias en cuanto a la Calidad de vida, ambos grupos en general presentan una CDV alta.

En segundo lugar, respecto a las variables cualitativas tenemos que:

- según la edad, el grupo de más de 80 años presenta mayor CDV en comparación con los otros dos grupos de edad, específicamente en los aspectos sociales y económicos, no así en los sexuales, donde es el grupo de 60-70 años el que está por encima de los otros dos.
- según el estado civil, son los casados los que están por encima en CDV pero sólo en el aspecto sexual, en cuanto a los aspectos económicos y religiosos los solteros presentan mayor CDV que los casados y viudos, siendo estos últimos en los aspectos sociales en comparación con los otros grupos quienes están por encima.
- según el nivel de instrucción, son los que poseen estudios secundarios los que manifiestan

mayor CDV sólo en el aspecto familiar por encima de los que poseen estudios superiores y primarios.

- según el lugar de residencia, tenemos que son los que residen en una institución los que manifiestan mayor CDV, sobre todo, en los aspectos físicos, familiares, sociales, culturales, económicos y religiosos de ésta, en comparación con los que residen en casa o con familiares
- según el nivel de ingresos, los que poseen altos ingresos tienen mayor CDV pero sólo en el aspecto familiar en comparación con los otros dos grupos.
- según la percepción subjetiva de la salud los que la perciben como buena están mejor en CDV física y cultural frente a los que la perciben como mala o regular.

En conjunto, nos encontramos que en nuestra muestra son las personas de más edad (del grupo 70-80 años y más de 80 años), que viven en una institución y que perciben subjetivamente su salud como buena los que mayor Calidad de Vida presentan en comparación con los de edad "más joven" (60-70 años), que viven en su casa o con familiares y que perciben subjetivamente su salud como no muy buena.

En cuanto al análisis cluster, realizamos este análisis multivariante con el objeto de obtener grupos homogéneos entre nuestra muestra en cuanto a su Calidad de Vida según las variables cualitativas registradas.

En la tabla 4, se presentan las medias de ambos grupos. La razón "F" y el valor de "p".

Tabla 4. Medias de ambos grupos, F y p

| Variabes | Grup 1 | Grup 2 | F       | p      |
|----------|--------|--------|---------|--------|
| Sexo     | 1.40   | 1.64   | 3.417   | 0.069  |
| Edadcat  | 1.50   | 2.36   | 25.871  | 0.000* |
| E.civil  | 2.15   | 2.32   | 0.896   | 0.347  |
| Salud    | 1.48   | 1.36   | 0.586   | 0.447  |
| Ingresos | 1.98   | 2.00   | 0.018   | 0.894  |
| Residenc | 2.13   | 1.05   | 69.451  | 0.000* |
| Estudios | 1.52   | 1.50   | 0.008   | 0.930  |
| Familiar | 27.19  | 37.50  | 5.796   | 0.019  |
| Sfísica  | 36.08  | 49.41  | 21.489  | 0.000* |
| Sexual   | 15.21  | 10.09  | 2.668   | 0.107  |
| Social   | 25.96  | 62.50  | 193.760 | 0.000* |
| Cultural | 38.65  | 51.86  | 18.459  | 0.000* |
| Economic | 24.56  | 63.27  | 200.494 | 0.000* |
| Religios | 34.15  | 61.55  | 53.907  | 0.000* |

En resumen, los resultados hallados muestran dos patrones diferenciados en nuestros ancianos: un

primer **patrón denominado como “más saludable”** formado por: mujeres, viudas, con un rango de edad entre 70 y 80 años, un nivel de estudios primarios, lugar de residencia en una institución, un nivel de ingresos de tipo medio y una buena percepción de su salud, presentando una calidad de vida alta, especialmente, en los aspectos físicos y sociales de ésta. Y un segundo **patrón denominado como “menos saludable”** formado por: hombres, casados, con un rango de edad entre 60 y 70 años, un nivel de estudios secundario y/o superior, viviendo en su propia casa o con algún familiar, unos ingresos de tipo medio y una percepción menos favorable de su salud y que presentan una calidad de vida baja, prácticamente en todos los aspectos, principalmente en los sociales y físicos.

## 5. Conclusiones

Los resultados de los trabajos sobre población geriátrica que hemos desarrollado lo largo del artículo, nos permiten establecer un perfil general del comportamiento de los ancianos ante la situación de enfermedad, así como una aproximación a la valoración global que de su calidad de vida realizan. En un intento de integrar ambos grupos de resultados podemos señalar que en nuestras

podemos señalar que en nuestras muestras de ancianos presentan patrones diferenciados que se hallan determinados tanto por variables psicológicas, y de como a su vez estas variables, están determinadas por el contexto sociodemográfico en el que se encuentran.

Parece que en nuestros sujetos ancianos la percepción de una baja calidad de vida, especialmente en la esfera de la salud, se relaciona con la presencia de un patrón de comportamiento ante la enfermedad, que tiende al desarrollo de actitudes hipcondríacas explicadas por tensiones o por conflictividad psicobiográfica y además por la incidencia de cuadros distímicos y de inhibición afectiva. En este sentido, el contexto socioeconómico en donde nuestros sujetos se desenvuelven parece marcar las diferencias a la hora de presentar el referido patrón de comportamiento ante la situación de enfermedad, siendo las condiciones referentes al sexo, edad, estado civil y lugar de residencia las de mayor importancia.

No obstante esta última valoración debe ser considerada como punto de partida o hipótesis para ser refrendada, en otros trabajos. En esta línea, seguimos actualmente investigando.

## Referencias

- Altarrabia Mercader, F. (1992). *Gerontología. aspectos biopsico-sociales del proceso de envejecer*. Barcelona: Boixareu universitaria.
- Argyle, M. (1993). “Bienestar social y calidad de vida”. psicología y calidad de vida. *Intervención psicosocial*, ii, nº 6, 3-13.
- Bazo, M. (1989). *La tercera edad en la sociedad contemporánea*. Universidad de Deusto.
- Belloch, A. (1989). *Colección Psicología Teórica*. Valencia: Promolibro.
- Blanco, A. y Chacon, F. (1986). La evaluación de la calidad de vida”. En J. Morales, A. Blanco y C. Huici Fernández (Dir.), *Psicología social aplicada*. Bilbao: Descleé de Brouwer.
- Bobes, J., González, M. y Bousoño, M. (1995). *Calidad de vida en los esquizofrénicos*. Barcelona: J.R. Prous editores.
- Bowling, A. (1994). *La medida de la salud. revisión de las escalas de calidad de vida*. Barcelona: Masson.
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- García Riaño, D. e Ibañez, E. (1991). “Calidad de vida. aproximación histórico-conceptual”. *Boletín de psicología*, nº 30, 50-94.
- Insero. (1996). *Envejecer en España*. Madrid: Insero
- Lazarus, R. S. y Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York: Springer.
- Leventhal, H. et al. (1980). The common-sense representation of illness danger. En D. Rachman (Ed.), *Medical Psychology* (Vol. 2, p. 7-30). New York: Pergamon.
- Lipowsky, Z. (1981). Psicosocial reactions to physical illness. *Psychiatria Fennica* (supl.).
- Lojo Fritschi, F. M. (1994). *Estudio empírico de la conducta de enfermedad en una población andina (Cusco- Perú)*. Tesis Doctoral (no publicada). Universidad de Murcia.
- Llor, B. (1991). *Estudio de la conducta de enfermedad en pacientes crónicos*. Tesis doctoral (no publicada). Universidad de Murcia.
- Mayou, R. (1984). Sick role, illness behaviour and coping. *British Journal of Psychiatry*. 14: 320-322.
- McHugh, S. y Vallis. (1986). *Illness Behavior. A Multidisciplinary Model*. New York: Plenum Press.
- Mechanic, D. (1978). *Medical Sociology*. (2ª. ed.). New York: Free Press.
- Mechanic, D. (1962). The concept of illness behaviour. *J. Chron. Dis.*, 15, 189-194.
- Mechanic, D. (1986). Illness behaviour: An overview. In McHugh & Vallis (eds.). *Illness behavior. A multidisciplinary model*. New York: Plenum Press.

- Morales Meseguer, J.M. *et al.* (1990). Conducta de enfermedad en pacientes geriátricos. En Hayflick, Barcia y Miquel (Eds.), *Aspectos actuales del envejecimiento normal y patológico*. Madrid: Libro del año.
- Morales Meseguer, J.M. (1986). *Conducta de enfermedad*. I Reunión Nacional sobre psicología y medicina. Valencia.
- Nieto Munuera, J. (1986). *La conducta anormal de enfermedad: Estudio empírico en población española*. Tesis doctoral. Universidad de Murcia.
- Nieto Munuera, J. *et al.* (1989). Conducta de enfermedad. Un intento de identificación de tipos clínicos. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines*. XVII: 53-58.
- Parsons, T. (1951). *The social system*. New York: Free Press.
- Pilowsky, I. (1969). Abnormal illness behaviour. *British Journal of Psychiatry*, 113, 90-93.
- Pilowsky, I. (1978). A general classification of abnormal illness behaviours. *Br. J. med. Psychol.* 51, 131-137.
- Pilowsky, I. (1987). Abnormal illness behaviour. *Psychiatr. Med.*, 5, 85-91.
- Pilowsky, I. (1971). The diagnosis of abnormal illness behaviour. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 5, 136-138.
- Pilowsky, I. y Spence, N. (1983). *Manual for the Illness Behaviour Questionnaire (IBQ)*. (2ª ed.). Department of Psychiatry. University of Adelaide.
- Torres, A. (1996). *Autoconcepto y calidad de vida en personas de edad: un estudio empírico*. Tesis doctoral (no publicada). Universidad de Murcia.