

Estructura factorial de la versión española del *Revised Illness Perception Questionnaire* en una muestra de hipertensos

Marina Beléndez Vázquez, Rosa M.^a Bermejo Alegría* y M.^a Dolores García Ayala**
Universidad de Alicante, * Universidad de Murcia y ** Fundosa Social Consulting (Murcia)

El *Revised Illness Perception Questionnaire* —IPQ-R— se diseñó para evaluar las dimensiones cognitiva y emocional de las representaciones de la enfermedad desde el modelo de autorregulación de sentido común. El IPQ-R consta de tres secciones. Dos escalas que miden la dimensión de identidad y la de causas y otra sección que evalúa las dimensiones de duración (aguda/crónica), curso cíclico, consecuencias, control personal, control del tratamiento, coherencia y representaciones emocionales. El objetivo del presente estudio fue analizar la estructura factorial y la fiabilidad de la versión española del IPQ-R en una muestra de 170 pacientes con hipertensión (25-75 años). Los análisis resultaron en cinco factores que explicaron el 67,33% de la varianza de los ítems causales y una solución de cinco factores que englobaba las dimensiones de control, coherencia, curso cíclico, duración y representaciones emocionales (76,89% de la varianza). La consistencia interna de las subescalas del IPQ-R fue adecuada.

Factor structure of the Spanish version of the Revised Illness Perception Questionnaire in a sample of subjects with hypertension. The Revised Illness Perception Questionnaire -IPQ-R- was designed to assess the cognitive and emotional domains of illness representations in the common-sense model of self-regulation. The IPQ-R contains three sections. Two scales measuring identity and causal dimensions and a remaining section assessing timeline acute/chronic, timeline cyclical, consequences, personal control, treatment control, illness coherence and emotional representations dimensions. The main purpose of the present study was the analysis about the factor structure and reliability of the the Spanish version of the IPQ-R in a sample of 170 patients with hypertension (27-75 yrs old). The analysis revealed five factors which accounted for 67,33% of the variance of the causal items and a five-factor solution including control, coherence, timeline cyclical, timeline acute/chronic and emotion dimensions (76,89% of the variance). Internal consistency for the IPQ-R subscales were adequate.

En los últimos años el estudio del papel de las creencias acerca de las amenazas a la salud en el afrontamiento de la enfermedad y en los resultados de salud se ha convertido en una de las áreas más productivas en el seno de la Psicología de la Salud. En este sentido, uno de los marcos teóricos más fructíferos es el modelo de autorregulación o de «sentido común» propuesto por Leventhal y su grupo (Leventhal, Meyer y Nerenz, 1980; Leventhal, Leventhal y Cameron, 2001). El modelo parte de la consideración de los individuos como «solucionadores» activos de problemas que organizan el procesamiento de la información perceptiva y conceptual referida a las amenazas de salud de manera episódica y autorregulada mediante un sistema de feedback (Leventhal, Nerenz y Steele, 1984). Así, inicialmente, las personas procesan la información externa (p.ej.: un mensaje de un profesional de la salud) o interna (p.ej.: la detección de un síntoma) elaborando una representación

cognitiva del problema, así como de las emociones que le acompañan. En una segunda fase se desarrollan planes de acción o procedimientos de afrontamiento (p.ej.: la búsqueda de apoyo o la toma de medicación). Por último, el tercer paso supone la valoración de las consecuencias que pueden afectar a las etapas previas y modificar, por tanto, los subsiguientes episodios ante futuras amenazas de salud. Un supuesto implícito de este modelo, y que sugiere su potencial utilidad práctica, es el impacto de la representación cognitivo/emocional de la enfermedad en los resultados de salud-enfermedad (estado físico, estrés, bienestar psicológico, funcionamiento social, etc.) y, por tanto, la oportunidad de identificar dicha representación como medio para intervenir y posibilitar la adaptación y la recuperación (Leventhal et al., 2001). La figura 1 muestra el procesamiento paralelo (cognitivo y emocional) de las amenazas de salud/enfermedad.

Los contenidos cognitivos de las representaciones de la enfermedad pueden estructurarse en torno a cinco componentes (Leventhal et al., 1984; Leventhal y Diefenbach, 1991; Leventhal et al., 2001): *identidad* o creencias sobre los síntomas asociados a la enfermedad, ideas del paciente acerca de las *causas* de la enfermedad, *curso* o percepciones de la duración probable de sus problemas de salud, consecuencias o creencias acerca de la severidad y el impacto de la enfermedad y creencias de *cura/control*. Las hi-

pótesis que parten de las dimensiones y relaciones propuestas en este modelo han sido apoyadas por numerosos estudios (Hagger y Orbell, 2003) derivados, en gran medida, del desarrollo de nuevos instrumentos de evaluación diseñados desde este marco teórico. Éste es el caso del *Illness Perception Questionnaire* (IPQ) de Weinman, Petrie, Moss-Morris y Horne (1996), que evalúa las cinco dimensiones cognitivas de la representación de la enfermedad propuestas en el modelo de Leventhal. El IPQ ha demostrado una amplia versatilidad y variedad de usos en el área de la Psicología de la Salud. Así, se ha aplicado en sujetos con distintas enfermedades como diabetes (Griva, Myers y Newman, 2000), artritis reumatoide (Murphy, Dickens, Creed y Bernstein, 1999), trastornos coronarios (Cooper, Lloyd, Weinman y Jackson, 1999) o síndrome de fatiga crónica (Moss-Morris, Petrie y Weinman, 1996), entre otras. Igualmente se ha utilizado en estudios dirigidos a explicar la conducta de adherencia (Horne y Weiman, 2002), el nivel de discapacidad (Fortune, Richards, Griffiths y Main, 2002) o el afrontamiento (Rutter y Rutter, 2002). Los hallazgos de estos trabajos han conducido a la revisión de la versión inicial del IPQ con el fin de mejorar las propiedades de evaluación de alguna de las subescalas. Los cambios se han realizado con el objetivo de establecer una distinción más clara entre las creencias de *control personal* y las creencias de *control del tratamiento*, así como entre los aspectos de *duración* (aguda/crónica) y de *curso* (ciclicidad). Además, se incluyen nuevos ítems dirigidos a evaluar las *representaciones emocionales*, no contempladas en la versión inicial del IPQ. Por último, se añade otra dimensión a la que se le denomina *coherencia de enfermedad*, que da cuenta del modo en que la enfermedad tiene un sentido como un todo para el paciente y que puede desempeñar un papel importante en el ajuste a largo plazo y la respuesta a los síntomas. Las características psicométricas del IPQ-R se han estudiado con una muestra de 711 sujetos con distintos trastornos —asma, diabetes, artritis reumatoide, dolor crónico, dolor agudo, infarto de miocardio, esclerosis múltiple y sida— (Moss-Morris, Weinman, Petrie, Horne, Cameron y Buick, 2002). A pe-

sar de la utilidad contrastada del IPQ-R, carecemos de estudios dirigidos a poner a prueba su aplicabilidad en nuestro contexto sociocultural. Disponer de la versión española del IPQ-R posibilitaría seguir avanzando en el estudio de la representación de la enfermedad, tras los resultados prometedores obtenidos utilizando otros instrumentos que evalúan algunas de las dimensiones recogidas en el modelo de autorregulación (Van-der Hofstadt y Rodríguez-Marín, 1997; van-der Hofstadt et al., 1997). Por todo ello, este trabajo plantea el objetivo de estudiar la validez factorial y la fiabilidad de la versión en castellano del IPQ-R en una muestra de sujetos con hipertensión, uno de los problemas de salud más prevalentes en nuestro entorno. Además, el contar con algunos resultados previos de estudios realizados en este mismo colectivo de pacientes nos permitirá valorar los nuestros a la luz de aquellos (Meyer, Leventhal y Gutmann, 1985).

Material y métodos

Sujetos

Participaron un total de 170 sujetos adultos (65 varones y 105 mujeres), con edades comprendidas entre los 27 y 75 años (M= 62,06 y DT= 10,06), diagnosticados de hipertensión arterial. Se reclutaron de diferentes centros de salud y Unidades de Hipertensión Arterial ubicados en la comunidad autónoma de Murcia, donde se les entrevistaba y aplicaba las pruebas de evaluación de manera individual coincidiendo con la cita médica. Más de la mitad de los participantes eran jubilados (54,1%), un 11,2% estaba en activo, el 4,1% tenía baja laboral y un 30% no trabajaba, fundamentalmente amas de casa. La mayoría estaban casados o eran viudos (77,6% y 12,9%, respectivamente). El nivel educativo de la muestra era bajo, con un 22,4% que no leía ni escribía, un 35,9% sabía leer y escribir, el 37,6% poseía estudios primarios, y únicamente un 4,2% tenía estudios medios o superiores. La duración media de la hipertensión fue de 10,63 años (DT= 9,86) y, además de la hipertensión,

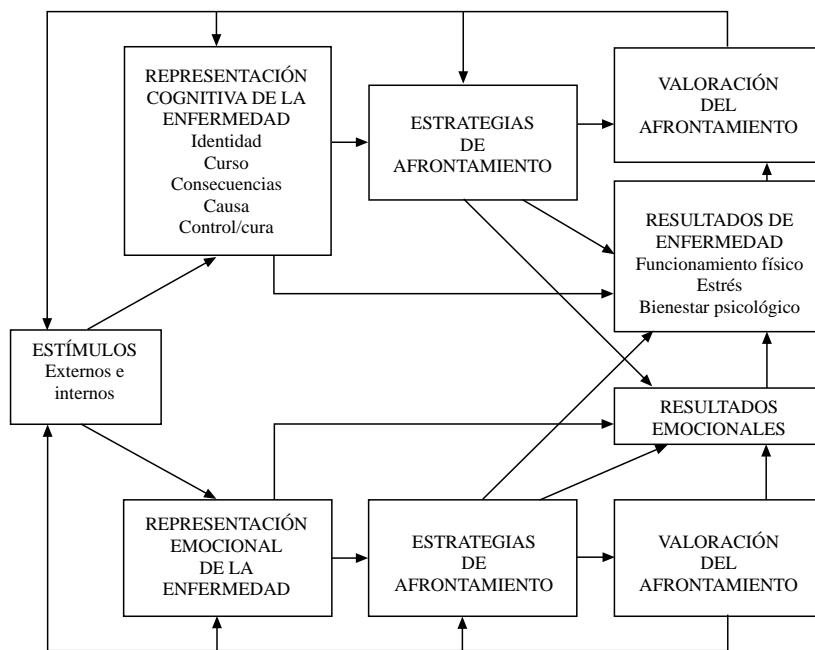


Figura 1. Modelo de autorregulación de sentido común

los sujetos informaron de otras enfermedades; así, el 33,5% padecía hipercolesterolemia, el 26,4% diabetes, casi el 30% obesidad y un 34,6% afirmaban tener algún tipo de problema de ansiedad.

Instrumentos de evaluación

Versión española del Illness Perception Questionnaire-Revised (IPQ-R). La versión original del IPQ-R, aplicable a cualquier enfermedad, fue traducida modificando el término «enfermedad» por el de «hipertensión». El IPQ-R está compuesto por tres secciones. La primera sección (identidad) se compone de 14 síntomas (dolor, fatiga, molestias de estómago, etc.) y los sujetos han de contestar si han experimentado cada uno de ellos (Sí/No) desde que padecen la enfermedad, así como señalar si creen que dichos síntomas están relacionados con su hipertensión. El número de síntomas señalados en esta segunda valoración constituye la puntuación de la subescala de *identidad*. La segunda sección («Opiniones sobre su hipertensión») incluye 38 ítems evaluados mediante una escala de cinco puntos (desde «totalmente en desacuerdo» hasta «totalmente de acuerdo») referidos a las dimensiones de control personal, control del tratamiento, duración (aguda/crónica), curso (cíclico), consecuencias, representaciones emocionales y coherencia de la enfermedad. Por último, en la tercera sección («Causas de mi hipertensión») se recogen 18 posibles causas de la enfermedad y los sujetos han de indicar, igualmente, en qué grado están de acuerdo con que sean causas de su hipertensión. Asimismo, al final se les pide que escriban por orden de importancia los tres factores que creen causaron su hipertensión.

Encuesta sobre datos sociodemográficos y clínicos. Se elaboró una encuesta que incluye diferentes cuestiones relativas a datos sociodemográficos y aspectos relacionados con la hipertensión.

Análisis de datos

El análisis de datos se realizó con el programa estadístico SPSS 11.5.1. Para el estudio de la estructura factorial de la versión española del IPQ-R, excluyendo los ítems de la escala «Identidad», se realizó un análisis de componentes principales con rotación varimax. Se llevaron a cabo dos análisis, en el primero se incluyeron los 38 ítems correspondientes a la segunda sección del cuestionario y en el segundo los ítems referidos a las posibles causas de la hipertensión. Para determinar el número de factores a extraer se establecieron los siguientes criterios: autovalores superiores a 1, comparación de los porcentajes de varianza asociados a cada autovalor, análisis del patrón de decrecimiento del gráfico de sedimentación y valores de las communalidades de los ítems reproducidas por la solución factorial. Para retener un ítem en un factor se fijó el criterio de presentar cargas factoriales iguales o mayores que 0,50. La validez de la subescala de Identidad se comprobó analizando la existencia de diferencias significativas entre el número de síntomas que los sujetos referían experimentar (primera valoración) y aquellos que señalaban como asociados a su hipertensión (identidad), con el fin de distinguir conceptualmente la identidad de la enfermedad del informe de síntomas generales. Para ello, procediendo del mismo modo que los autores de la versión original (Moss-Morris et al., 2002), se aplicó la prueba T para muestras relacionadas. Para determinar la consistencia interna de las subescalas se halló el coeficiente alfa de Cronbach. Las intercorrelaciones entre las subescalas del cuestionario se calcularon mediante coeficientes de correlación de Pearson. Por último, para analizar

las diferencias en las puntuaciones de las subescalas en función de las variables sociodemográficas se llevaron a cabo contrastes de medias mediante la prueba T para muestras independientes (para la variable sexo) y análisis de varianza de un factor (para la variable edad) con comparaciones *post-hoc* mediante HSD de Tukey o Games-Howell, según el caso.

Resultados

Análisis factorial exploratorio y fiabilidad

El primer análisis de componentes principales realizado con los 38 ítems de la segunda sección del cuestionario (KMO= 0,89) resultó en una estructura inicial de siete factores con autovalores superiores a 1 que explicaban el 74,63% de la varianza. El análisis del gráfico de sedimentación, así como el bajo porcentaje de varianza explicada por los dos últimos factores (inferior al 5,5% cada uno), sugería una estructura de cinco factores. Por tanto, se realizó otro análisis de componentes principales con rotación varimax extrayendo cinco factores. Seis ítems presentaban cargas factoriales inferiores a 0,50 («Mi hipertensión no repercute mucho en mi vida», «Mi hipertensión influye mucho en la forma en que los demás me ven», «Mi hipertensión tiene consecuencias económicas importantes», «Mi hipertensión mejorará con el tiempo», «Los síntomas de mi hipertensión me desconciertan» y «Mi hipertensión no tiene ningún sentido para mí») y otro más («Mi hipertensión causa dificultades, afecta a las personas cercanas a mí»), presentaba un valor de comunalidad bajo (0,43). Así, tras la eliminación de estos 7 ítems, se obtuvo una estructura final de cinco factores que explicaba un 76,89% de la varianza (ver tabla 1).

El primer factor («control») incluyó 11 ítems que explican el 26,54% de la varianza, el factor II («representación emocional») se componía de 8 ítems que daba cuenta del 16,84% de la varianza, el factor III («duración») quedó integrado por 5 ítems que explicaban el 14,55% de la varianza, el cuarto factor («curso») englobó 4 ítems que daban cuenta del 11,21% de la varianza y el factor V («coherencia») incluyó 3 ítems que explicaban el 7,73% de la varianza total. Todas las subescalas mostraron una excelente consistencia interna (ver tabla 1) con coeficientes alfa de Cronbach comprendidos entre 0,86, para la subescala de coherencia de la enfermedad, y 0,96, tanto para la dimensión de control como para la de duración (aguda/crónica).

Asimismo, se llevó a cabo el análisis factorial de las respuestas a 14 ítems de la sección del cuestionario referida a las creencias sobre los factores causales de la hipertensión, tras la eliminación de 4 causas («germen o virus», «contaminación del medio ambiente», «accidente o lesión» y «problemas de inmunidad»), debido al bajo porcentaje de sujetos que señalaron un grado de acuerdo en las mismas. Con el método de extracción de componentes principales y rotación varimax se hallaron cinco factores que explicaban el 67,33% de varianza (ver tabla 2).

El primer factor, al que denominamos «factores externos» (azar o mala suerte, poco cuidado médico en el pasado y envejecimiento), daba cuenta del 17,72% de la varianza total. El segundo factor incluyó tres ítems relativos a «conducta» (hábitos de comida, alcohol y fumar) y explicaba el 15,02% de la varianza. Los ítems referidos a causas como el estrés, las preocupaciones familiares y el exceso de trabajo componían el factor III, relativo a «tensión», y daba cuenta del 13,88% de la varianza. El cuarto factor, «atribu-

Tabla 1
Análisis de componentes principales de la segunda sección de la versión española del IPQ-R

	Factor I	Factor II	Factor III	Factor IV	Factor V
CONTROL ($\alpha= 0,96$)					
Puedo hacer mucho para controlar mis síntomas	0,76	-0,24	0,04	-0,21	-0,10
De lo que yo haga depende que mi hipertensión vaya mejor o peor	0,88	-0,14	0,11	-0,14	-0,09
El curso de mi hipertensión depende de mí	0,88	-0,17	0,06	-0,10	-0,07
Nada de lo que yo haga afectará a mi hipertensión	-0,84	0,13	-0,09	0,15	0,05
Puedo influir en mi hipertensión	0,89	-0,20	0,08	-0,19	-0,09
Mis acciones no tendrán efecto en las consecuencias de mi hipertensión	-0,75	0,20	-0,10	0,18	0,07
Hay poco que pueda hacerse para mejorar mi hipertensión	-0,71	0,27	-0,07	0,02	0,02
Mi tratamiento será efectivo para controlar mi hipertensión	0,84	-0,21	0,11	-0,11	-0,11
Los efectos negativos de mi hipertensión pueden prevenirse (evitarse) con mi tratamiento	0,77	-0,08	0,06	-0,13	-0,13
Mi tratamiento puede controlar mi hipertensión	0,84	-0,18	0,11	-0,11	-0,09
No hay nada que pueda ayudar a mi situación de hipertensión/a	-0,78	0,20	0,01	0,16	0,08
REPRESENTACIONES EMOCIONALES ($\alpha= 0,91$)					
Mi hipertensión es una circunstancia seria	-0,31	0,70	0,02	0,12	0,00
Mi hipertensión tiene consecuencias importantes en mi vida	-0,22	0,72	-0,02	0,17	0,13
Me deprimó cuando pienso en mi hipertensión	-0,27	0,76	-0,00	0,04	0,07
Cuando pienso en mi hipertensión me preocupo	-0,06	0,81	-0,04	0,13	-0,09
Mi hipertensión hace que me sienta disgustado/a	-0,27	0,77	0,01	0,15	0,07
Mi hipertensión no me preocupa	0,15	-0,73	0,01	-0,10	0,12
Tener hipertensión hace que me sienta ansioso/a	-0,19	0,70	0,07	0,30	0,18
Mi hipertensión hace que me sienta asustado/a	-0,13	0,82	0,05	0,11	-0,00
DURACIÓN (CRÓNICA/AGUDA) ($\alpha= 0,96$)					
Mi hipertensión durará poco tiempo	-0,07	0,00	-0,93	0,03	0,12
Es más probable que mi hipertensión sea permanente que temporal	0,14	0,03	0,91	-0,04	-0,08
Mi hipertensión durará mucho tiempo	0,09	-0,00	0,95	-0,03	-0,10
La hipertensión pasará rápidamente	-0,13	-0,00	-0,88	0,10	0,19
Tendré hipertensión durante el resto de mi vida	0,08	0,02	0,95	-0,01	-0,07
CURSO CÍCLICO ($\alpha= 0,95$)					
Los síntomas de mi hipertensión cambian mucho de un día para otro	-0,32	0,24	-0,09	0,75	0,07
Mis síntomas van y vienen por rachas	-0,23	0,22	-0,04	0,90	0,05
Mi hipertensión es muy impredecible	-0,22	0,22	-0,06	0,89	-0,00
Paso por rachas en las que mi hipertensión va mejor y otras que empeora	-0,23	0,25	-0,04	0,89	0,03
COHERENCIA DE LA ENFERMEDAD ($\alpha= 0,86$)					
Mi hipertensión es un misterio para mí	-0,05	0,05	-0,19	0,03	0,88
No entiendo mi hipertensión	-0,28	0,08	-0,19	0,05	0,80
Comprendo o tengo una idea clara de mi hipertensión	0,18	0,03	0,14	-0,03	-0,83

Tabla 2
Análisis de componentes principales de los ítems causales de la versión española del IPQ-R

	Factor I	Factor II	Factor III	Factor IV	Factor V
FACTORES EXTERNOS ($\alpha= 0,75$)					
El azar o la mala suerte	0,84	0,02	-0,00	0,03	-0,04
El poco cuidado médico en el pasado	0,81	0,13	0,13	0,00	0,00
El envejecimiento	0,64	0,34	-0,00	0,11	0,15
CONDUCTA ($\alpha= 0,69$)					
La alimentación o los hábitos de comida	0,41	0,50	0,09	0,04	-0,24
El alcohol	0,15	0,88	0,04	0,00	-0,01
Fumar	0,06	0,83	0,05	0,01	0,02
ESTRÉS/TENSIÓN ($\alpha= 0,59$)					
Estrés o preocupaciones	-0,10	0,04	0,82	0,05	0,01
Los problemas o preocupaciones familiares	0,12	-0,10	0,66	0,33	-0,11
El exceso de trabajo	0,15	0,20	0,64	-0,01	0,14
ATRIBUCIONES PSICOLÓGICAS ($\alpha= 0,58$)					
Mi actitud mental	0,37	-0,06	0,23	0,65	0,07
Mi estado emocional	0,16	-0,01	0,39	0,72	-0,09
Mi personalidad	-0,29	0,15	-0,16	0,74	0,12
HERENCIA					
Herencia	0,04	-0,05	0,05	0,06	0,95

ciones psicológicas», se componía de tres ítems (actitud mental, estado emocional y personalidad), que explicaban el 12,58% de la varianza. Por último, el factor V o «herencia» incluyó un único ítem que explicó el 8,12% de la varianza total. Los índices de consistencia interna (alfa de Cronbach) para los cinco factores se situaron entre 0,75 para los factores externos y 0,58 para las atribuciones psicológicas. Con relación a los factores causales que los sujetos señalaron con mayor frecuencia entre las tres causas más importantes destacan las preocupaciones familiares (38,3%), el estrés (34,7%), la herencia (34,2%), la personalidad (20,5%), los malos hábitos de alimentación (16,5%) y la edad (12,3%).

Validez de la subescala de identidad

En cuanto a la validez de la escala de identidad, el análisis de diferencias entre la media de los síntomas experimentados y la de los asociados con la hipertensión resultó significativa ($t=9,71$; $p=0,000$), lo que apoyaba la distinción conceptual entre el informe general de quejas somáticas de los sujetos y la identidad de la enfermedad. Los síntomas más frecuentemente señalados como asociados con la hipertensión fueron mareos (27,1%), molestias en los ojos (19,4%), jaquecas (18,8%), dolor (15,3%) y fatiga, cansancio (14,1%). Un total de 82 sujetos no señaló ningún síntoma como relacionado con su hipertensión.

Intercorrelaciones entre las subescalas

La tabla 3 recoge las intercorrelaciones encontradas entre las distintas subescalas del IPQ-R.

La percepción de control de la hipertensión se relacionaba con las creencias en un curso menos crónico de la enfermedad, menor impacto emocional y menor número de síntomas asociados a la hipertensión. Igualmente, a mayor control menos atribuciones externas. A su vez, las atribuciones externas se asociaban positivamente con la representación emocional y la ciclicidad del trastorno que, a su vez, igualmente correlacionaba con un efecto emocional más profundo. Por su parte, las atribuciones psicológicas y las relativas al estrés correlacionaron positivamente. Asimismo, a mayor número de síntomas percibidos, creencias más altas en la ciclicidad de los mismos y niveles más altos de consecuencias emocionales.

Contraste de puntuaciones medias del IPQ-R en función del sexo y la edad

Las medias y desviaciones típicas de las respuestas de los sujetos en las distintas subescalas aparecen en la tabla 3. En términos de grupo, los sujetos percibían su hipertensión como una enfermedad crónica, controlable, con un curso estable, con un bajo impacto emocional, de la que creen poseer una idea bastante coherente y atribuible, sobre todo, a causas relacionadas con la tensión y el estrés. El análisis de las puntuaciones en las distintas subescalas en función del sexo sólo mostró diferencias significativas en el componente causal, de tal forma que era más probable que los varones señalaran los hábitos de alimentación y el consumo de tabaco/alcohol como causa de su hipertensión en comparación con las mujeres ($t=3,88$; $p=0,000$), mientras éstas presentaban una puntuación significativamente más alta en las atribuciones psicológicas ($t=-4,48$; $p=0,000$). Para analizar los posibles efectos de la edad en la percepción de la hipertensión se dividió la muestra en tres grupos de edad (27-55, 56-65 y 65 o más años). Los análisis de varianza efectuados mostraron diferencias significativas para la subescala de atribuciones psicológicas entre el grupo de mayor edad en comparación con cada uno de los otros dos en el sentido de menor grado de atribuciones psicológicas para los mayores de 65 años ($F[2,167]=4,91$; $p=0,008$). Igualmente, los más mayores referían menos causas relacionadas con el estrés o la tensión en comparación con el grupo de los más jóvenes ($F[2,167]=4,96$; $p=0,008$). Por último, de nuevo, los más jóvenes percibían un mayor número de síntomas asociados a su hipertensión en comparación con los de edades superiores a los 65 años ($F[2,159]=5,44$; $p=0,005$).

Discusión

El objetivo del presente trabajo fue estudiar las propiedades psicométricas de la versión española del «*Revised Illness Perception Questionnaire*» (IPQ-R; Moss-Morris et al., 2002) en una muestra de pacientes hipertensos, un instrumento desarrollado para evaluar la representación de la enfermedad desde el modelo de autorregulación de Leventhal (Leventhal, Meyer y Nerenz, 1980; Leventhal, Nerenz y Steele, 1984).

Tabla 3
Puntuaciones medias e intercorrelaciones de las subescalas de la versión española del IPQ-R

	Media ^a (DT)	1	2	3	4	5	6	7	8	9
1. Identidad	1,49 (2,28)									
2. Curso cíclico	1,50 (1,37)	0,29***								
3. Duración crónica	2,82 (1,14)	0,02	-0,13							
4. Representación emocional	1,41 (1,09)	0,38***	0,47***	-0,01						
5. Control	3,40 (0,65)	-0,36***	-0,47***	0,21**	-0,48**					
6. Coherencia	2,87 (1,14)	-0,08	-0,16*	0,33***	-0,12	0,31***				
7. Factores externos	0,90 (0,97)	0,21**	0,42***	-0,21**	0,45***	-0,56***	-0,23***			
8. Conducta	0,96 (1,00)	0,10	0,17*	0,06	0,19**	-0,33***	-0,18*	0,40***		
9. Tensión/estrés	1,84 (1,18)	0,26**	0,25**	-0,06	0,26**	-0,23**	-0,00	0,17*	0,14	
10. Atribuciones psicológicas	1,61 (1,10)	0,22**	0,05	0,12	0,30***	-0,09	0,05	0,16*	0,10	0,35***

^a Rango teórico de las puntuaciones medias: 0= totalmente en desacuerdo; 4= totalmente de acuerdo; para la subescala de identidad: nº de síntomas (0-14)

* $p<0,05$; ** $p<0,01$; *** $p<0,001$

Nuestros resultados, aunque corroboran algunas de las dimensiones de la estructura factorial hallada por los autores del IPQ-R, presentan algunas diferencias que comentamos a continuación. Con relación a la segunda sección del cuestionario («Opiniones sobre su hipertensión») hemos hallado una estructura más parsimoniosa de cinco factores, tras la eliminación de siete ítems, que contrasta con las siete dimensiones que propone la versión original. Así, los ítems correspondientes a las subescalas de «control personal» y «control del tratamiento» se funden en una única dimensión. Estos resultados están en la misma línea de las consideraciones finales de los autores del IPQ-R que, aunque se inclinan por la diferenciación de dos escalas de control, reconocen el solapamiento entre ambas, ya que tres de los ítems de «control personal» también presentaron saturaciones elevadas en la dimensión «control del tratamiento». La explicación dada a este hecho es que la importancia de la distinción puede variar en función de las enfermedades. En este sentido, los resultados de otros autores que han aplicado el IPQ-R en el colectivo de hipertensos coinciden con los nuestros en el sentido de una única dimensión de control (Theunissen et al., 2003). En un trastorno como la hipertensión, en el que buena parte del tratamiento se centra en cambios en el estilo de vida (Fernández et al., 2003) y, por tanto, dependientes del propio individuo, el solapamiento de ambas escalas resulta bastante lógico. Del mismo modo, tras el análisis factorial se eliminaron cuatro de los ítems correspondientes a la dimensión «consecuencias» de la versión original y los dos restantes presentaron cargas factoriales en la misma dirección que los ítems de la dimensión emocional. El contenido de la mayoría de ítems eliminados hacía referencia a consecuencias económicas y sociales, aspectos que pueden resultar menos relevantes en una condición como la hipertensión. Asimismo, el contenido emocional implícito en las afirmaciones «Mi hipertensión es una circunstancia seria» y «Mi hipertensión tiene consecuencias importantes en mi vida» ha podido provocar su inclusión en el factor correspondiente a la representación emocional. Con relación al resto de subescalas (duración, curso cíclico y coherencia), la estructura factorial hallada es similar a la de la versión original, con la excepción de la eliminación de algunos ítems. En definitiva, tras los análisis efectuados hemos alcanzado una solución factorial más parsimoniosa y más clara que si se mantenía la solución original de siete factores. Por su parte, la estructura factorial de la escala causal del cuestionario difiere de forma más relevante de la identificada en el estudio de validación del IPQ-R original. En nuestro caso pudimos aislar cinco factores distintos a los cuatro factores propuestos por los auto-

res (atribuciones psicológicas, factores de riesgo, inmunidad y accidente o azar). Nuestra solución factorial parece bastante aceptable aunque, con el objetivo de mejorar la consistencia interna de alguno de sus factores, para futuros estudios recomendamos modificar la subescala causal del cuestionario incluyendo ítems más relevantes para el colectivo de hipertensos, como otras versiones han hecho recientemente (Theunissen et al., 2003). En cuanto a la subescala de «Identidad» resulta llamativo que, aproximadamente, la mitad de los pacientes señalaron al menos un síntoma como relacionado con su hipertensión, a pesar de tratarse de una enfermedad asintomática. Estos resultados confirman los trabajos pioneros de Meyer et al. (1985) al mostrar cómo las personas hipertensas asocian síntomas a su condición.

Los hallazgos comentados han de ser contemplados con precaución considerando las limitaciones del presente trabajo relativas tanto a la muestra utilizada como al tipo de análisis efectuado. Por una parte, se trata de una muestra de tamaño moderado con unas características sociodemográficas singulares y circunscrita a una única enfermedad. En este sentido, sería conveniente la realización de futuros estudios con un tamaño muestral más elevado que nos permitan corroborar si nuestra solución dimensional se mantiene. Al mismo tiempo, sería interesante replicar este trabajo con muestras de pacientes con distintos problemas de salud, ya que las peculiaridades de cada trastorno y de los tratamientos pueden traducirse en estructuras factoriales ligeramente diferentes. Así, en enfermedades que requieren una terapia farmacológica muy exigente y compleja, como es el caso de la infección por VIH (Remor, 2002), la distinción, por ejemplo, en la dimensión de control (personal/tratamiento) quizá resultaría más evidente (Moss-Morris et al., 2002). Por otro lado, hay que tener en cuenta el carácter exploratorio de los resultados obtenidos y las limitaciones que conllevan este tipo de análisis. Por tanto, serán necesarios futuros estudios en los que se lleven a cabo análisis confirmatorios con el fin de obtener la solución factorial que mejor representa la estructura dimensional del cuestionario. Además, con el fin de establecer la utilidad clínica de la versión española del IPQ-R, resulta necesario un estudio de su validez predictiva analizando sus relaciones con el ajuste a la enfermedad, la adherencia al tratamiento o el nivel de discapacidad. No obstante, nuestros resultados, a pesar de las limitaciones comentadas y de las ligeras discrepancias con la versión original, suponen un útil punto de partida para evaluar el papel que el modo en que los sujetos dan sentido a su enfermedad desempeña en el afrontamiento de ésta y en los resultados de salud.

Referencias

- Cooper, A.F., Lloyd, G.W., Weinman, J. y Jackson, G. (1999). Why patients do not attend cardiac rehabilitation: role of intentions and illness beliefs. *Heart*, 82, 234-236.
- Fernández, S., López, M.L., Comas, A., García, E. y Cueto, A. (2003). Categorización de factores psicosociales asociados al cumplimiento farmacológico antihipertensivo. *Psicothema*, 15, 82-87.
- Fortune, D.G., Richards, H.L., Griffiths, C.E. y Main, C.J. (2002). Psychological stress, distress and disability in patients with psoriasis: consensus and variation in the contributions of illness perceptions, coping and alexithymia. *British Journal of Clinical Psychology*, 41, 157-174.
- Griva, K., Myers, L.B. y Newman, S. (2000). Illness perceptions and self efficacy beliefs in adolescents and young adults with insulin dependent diabetes mellitus. *Psychology & Health*, 15, 733-750.
- Hagger, M. y Orbell, S. (2003). A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology and Health*, 18(2), 141-184.
- Horne, R. y Weinman, J. (2002). Self regulation and self-management in asthma: exploring the role of illness perceptions and treatment beliefs in explaining non-adherence to preventer medication. *Psychology and Health*, 17(1), 17-33.
- Leventhal, H. y Diefenbach, M. (1991). The active side of illness cognition. En J.E. Skelton y R. T. Croyle (Eds.): *Mental representation in health and illness* (pp. 247-272). New York: Springer-Verlag.
- Leventhal, H., Leventhal, E.A. y Cameron, L. (2001). Representations, procedures and affect in illness self-regulation: a perceptual-cognitive model. En A. Baum, T.A. Revenson y J.E. Singer (Eds.): *Handbook of Health Psychology* (pp. 19-47). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.

- Leventhal, H., Meyer, D. y Nerenz, D.R. (1980). The common sense representation of illness danger. En S. Rachman (Ed.): *Contributions to Medical Psychology*, vol. 2 (pp. 7-30). New York: Pergamon Press.
- Leventhal, H., Nerenz, D.R. y Steele, D.J. (1984). Illness representations and coping with health threats. En A. Baum., S.E. Taylor y J.E. Singer (Eds.): *Handbook of Psychology and Health, vol. IV. Social psychological aspects of health* (pp. 219-252). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Meyer, D., Leventhal, H. y Gutmann, M. (1985). Common-sense models of illness: the example of hypertension. *Health Psychology*, 4, 115-135.
- Moss-Morris, R., Petrie, K.J. y Weinman, J. (1996). Functioning in chronic fatigue syndrome: do illness perceptions play a regulatory role? *British Journal of Health Psychology*, 1, 15-25.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K.J., Horne, R., Cameron, L.D. y Buick, D. (2002) The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17(1), 1-16.
- Murphy, H., Dickens, C., Creed, F. y Bernstein, R. (1999). Depression, illness perception and coping in rheumatoid arthritis. *Journal of Psychosomatic Research*, 46(2), 155-164.
- Remor, E. (2002). Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+. *Psicothema*, 14, 262-267.
- Rutter, C.L. y Rutter, D.R. (2002). Illness representation, coping and outcome in irritable bowel syndrome (IBS). *British Journal of Health Psychology*, 7, 377-391.
- Theunissen, N., de Ridder, D., Bensing, J. y Rutten, G. (2003). Manipulation of patient-provider interaction: discussing illness representations or actions plans concerning adherence. *Patient Education and Counseling*, 51, 247-258.
- Van-der Hofstadt, C.J. y Rodríguez-Marín, J. (1997). Adaptación de un cuestionario para la medida de la representación de la enfermedad. *Psicothema*, 9, 237-245.
- Van-der Hofstadt, C.J., Rodríguez-Marín, J., Ortín, J.M., García, R. y Ortuño, A. (1997). Cumplimiento terapéutico y representación de la enfermedad en hipertensos. *Centro de Salud*, octubre, 574-582.
- Weinman, J., Petrie, K.J., Moss-Morris, R. y Horne, R. (1996). The Illness Perception Questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and Health*, 11, 431-445.