

PERCEPCIÓN DE ENFERMEDAD: UNA APROXIMACIÓN
A PARTIR DEL *ILLNESS PERCEPTION QUESTIONNAIRE*

*Illness perception: an approximation from
the Illness Perception Questionnaire*

Japcy Margarita Quiceno*
Stefano Vinaccia**

Universidad de San Buenaventura (Colombia)

Resumen

Este artículo tiene como propósito presentar una revisión del constructo de percepción de enfermedad a partir del modelo de Leventhal en salud. Se consideran los antecedentes históricos, los distintos modelos en salud, el desarrollo del *Illness Perception Questionnaire* y sus diferentes versiones. Por último, se presenta un análisis de los resultados encontrados en diferentes investigaciones tanto con pacientes con diagnóstico de enfermedad crónica como en pacientes de salud mental.

Palabras clave: Percepción de enfermedad; Cuestionario de Percepción de Enfermedad; enfermedad crónica; salud mental.

Fecha de recepción: 2 de marzo de 2010
Fecha de aceptación: 7 de mayo de 2010

* Ph.D. en Psicología Clínica y de la Salud. Integrante del grupo de investigación Salud Comportamental, Universidad de San Buenaventura, Medellín (Colombia). japcyps@hotmail.com

** Director grupo de investigación Salud Comportamental, Universidad San Buenaventura. vinalpi47@hotmail.com

Correspondencia: Calle 45 N° 61-40, Universidad San Buenaventura, Medellín, (Colombia).

Abstract

The following review presents an analysis of the construct of perception of illness based on Leventhal's health model. Historical framework and, different health models, original and different versions of the "Illness Perception Questionnaire" and its different versions are reviewed. To finish an analysis of the results found in various researches is carried out with mental health patients and those diagnosed with chronic disease.

Keywords: Perception of illness; Illness Perception Questionnaire; chronic disease; mental health.

INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente, la medicina psicosomática ha visto la enfermedad como un punto final de la vida misma, y se ha centrado en el papel de factores psicológicos, en la etiología o en las consecuencias psicopatológicas de la enfermedad. Por el contrario, el Modelo de Percepción de Enfermedad se enfoca en las percepciones que tiene el paciente cuando empieza su experiencia de enfermedad. Así como las personas tratan de explicar los acontecimientos de acuerdo con sus propias construcciones, los pacientes desarrollan igualmente modelos cognitivos similares a partir de los cambios corporales y los síntomas (Weinman & Petrie, 1997; Álvarez, 2002).

Por su parte, para la psicología cognitiva los estilos de vida de las personas y sus conductas respecto a la salud y la enfermedad se interpretan en el sentido de que las conductas que llevan a cabo las personas serían posteriores al análisis de búsqueda de causas de salud o enfermedad. Estas conductas se pueden ir modificando en el transcurso de una enfermedad o en el transcurso de un tratamiento para el mejoramiento de la salud. La psicología cognitiva postula que lo importante no es sólo la funcionalidad del comportamiento sino también cómo se mantiene y cómo se regula éste a través de la racionalidad y las líneas de acción dictadas por la misma (Álvarez, 2002).

Las personas tienen una concepción de salud y enfermedad que influye en cómo reaccionan a los síntomas percibidos. Las llamadas representaciones (o esquemas) de la enfermedad son las representaciones organizadas de la enfermedad que se adquieren a través de experiencias de determinadas patologías que haya padecido el mismo sujeto o sus familiares o amigos (Taylor, 2007). Los esquemas de enfermedad pueden ir desde muy imprecisos e inadecuados hasta amplios, técnicos y completos. Su importancia radica en que influyen en las conductas de prevención de salud en las personas, en sus reacciones frente a los síntomas que experimentan o en las enfermedades que se diagnostican en su adherencia a las recomendaciones del tratamiento y en sus expectativas para la salud en el futuro. Los esquemas o representaciones de enfermedad comprenden información básica acerca de una enfermedad: la identidad o etiqueta de una enfermedad es su nombre; sus consecuencias son sus síntomas y tratamiento correspondiente, así como el grado en que la persona piensa tendrá consecuencias en su vida; sus causas son los factores que la persona cree que dan lugar a la enfermedad; la duración se refiere a la cantidad de tiempo que se espera dure la enfermedad y la curación identifica si la persona cree que la enfermedad se puede curar mediante tratamiento apropiado (Beléndez, Bermejo & García, 2005; Taylor, 2007).

Las creencias, las percepciones y las clasificaciones sociales e individuales sobre el proceso de salud-enfermedad están determinadas por el contexto socio-cultural y el momento histórico en que se manifiesten. Estas logran incorporarse en las creencias populares, las cuales funcionan como esquemas cognitivos, estereotipados, que guían el comportamiento inmediato de las personas permitiéndoles una rápida evaluación de una determinada enfermedad (Ehrenzweig, 2005) Se propician de esta manera una enorme variabilidad en los modelos que las personas adoptan y que rigen las conductas de salud-enfermedad (Taylor, 2007).

DESARROLLO HISTÓRICO Y CONCEPTUAL

El Modelo de Creencias de Salud (MCS) comenzó a esbozarse a principios de los años cincuenta del siglo XX por un grupo de investigadores, tales como Hochbaum, Kegeles, Leventhal y Rosenstock, que pertenecían

al Public Health Service de Estados Unidos y tenían una orientación fenomenológica basada en las teorías de Kurt Lewin. Este modelo surge entonces desde una perspectiva de investigación aplicada en el ámbito de la sociología de la educación, más que desde un marco estrictamente teórico de la psicología. En sus principios el enfoque era psicosocial y enfatizaba en la prevención, es decir, en la conducta de evitación de la enfermedad, y en los años setenta se enfocó en el tratamiento, en las respuestas de los pacientes ante síntomas manifiestos (Cabrera, Tascón & Lucumí, 2001; Moreno & Gil, 2003). A partir del modelo de la *teoría racional de creencias*, desarrollada por Hochbaum, Leventhal y Rosenstock en los años cincuenta, pero que se hizo público en la década de los setenta, surge el *modelo de creencias en salud* de Becker (Álvarez, 2002).

El modelo de Becker, desarrollado en 1974, sugiere que una persona adoptará o no una acción de salud en función de su grado de interés con respecto a la problemática de salud (motivación de salud) y de las percepciones sobre: 1. Susceptibilidad o vulnerabilidad de la enfermedad; 2. Gravedad percibida de las consecuencias en caso de contraerla; 3. Beneficios potenciales de la acción respecto a la prevención o reducción de la amenaza y de la gravedad percibidas y 4. Los costes y barreras físicas, psicológicas, económicas, etc., para llevar a cabo la acción. En contraposición a este modelo de *creencias en salud* surgieron otros alternativos, como la *teoría de la acción razonada* y la *conducta planificada*, de Ajzen y Fishbein en 1975; la *teoría de la motivación protectora*, de Rogers en 1975, y Harris y Middleton en 1995; el *modelo de adopción de precauciones*, de Weinstein en 1998; el *modelo de acción a favor de la salud*, de Schwarzar en 1992, y la *teoría de la acción social*, de Ewart en 1991 (Medina & León, 2004).

Siguiendo el modelo de Howard Leventhal, es sólo a partir de 1980 y en años posteriores que este autor desarrolla un modelo cognitivo de la enfermedad denominado *modelo de autorregulación de la enfermedad*. El modelo de Howard Leventhal (MCS) identifica los factores involucrados en la elaboración de las informaciones de parte del paciente relacionado con su enfermedad, la manera como la información viene integrada para crear una visión de conjunto de la enfermedad y cómo ésta guía la planificación de estrategias de afrontamiento e influye sobre la recuperación funcional.

El modelo propone que un estímulo (un síntoma) genera tanto una representación cognitiva como una representación emocional de la enfermedad y una amenaza para la salud. Estas representaciones guían la definición de objetivos de acción y la acción misma, y por lo tanto la adopción de diversos comportamientos o estrategias de afrontamiento. Por ello, la percepción de la realidad de la enfermedad es resultado de dos procesos paralelos: uno cognitivo y uno emocional, a través del cual todas las informaciones recogidas, por múltiples fuentes concretas y abstractas, vienen sintetizadas en una representación de enfermedad que contemporáneamente explica y le da un sentido y un significado subjetivo. Factores internos y externos al individuo que comprenden su historia, la personalidad, y los aspectos demográficos y ambientales contribuyen a la formación de representaciones de la enfermedad (Pain, Miglioretti & Angelino, 2006).

Este modelo lo derivó de su trabajo a partir del impacto en la comunicación que tenían los pacientes sobre el temor a la enfermedad. Leventhal descubrió que independientemente del nivel de temor el mensaje resultaba efectivo si producía un plan de acción. Esto lo llevó a inferir que el factor clave era el modo en el cual se representaba o se comprendía la amenaza; así, desarrollaron un modelo de procesamiento dual para acomodar la representaciones cognitivas y emocionales de la amenaza (Marks et al., 2008). El supuesto básico de este modelo es la consideración del paciente como un procesador activo que construye o elabora una definición o representación de su enfermedad y que en función de esta representación regula su comportamiento. Su modelo buscaba, entonces, explicar uno de los problemas más importantes dentro del ámbito de la salud: la falta de seguimiento o adherencia de los pacientes a los tratamientos médicos y a los programas de prevención de la enfermedad. Leventhal a partir de sus investigaciones (1980-1983) reformuló su modelo teórico de *autorregulación* compuesto de las siguientes etapas:

1. *Etapas de procesamiento que consta de tres fases:* 1. Definición o representación de la enfermedad y de la emoción que la acompaña; 2. Planificación, selección y ejecución de respuestas para enfrentar la

amenaza objetiva de enfermedad y las reacciones emocionales que ésta suscita; y 3. Evaluación, que consiste en determinar si las estrategias de afrontamiento han logrado consecución de las metas establecidas. La información derivada de esta última etapa aporta un modelo de retroalimentación sobre las anteriores, y de este modo puede alternar las estrategias de afrontamiento del individuo o la forma en que representa la enfermedad.

2. *Existencia de dos canales paralelos en el sistema de procesamiento*: el primero da lugar a la elaboración de una representación objetiva de la enfermedad y al desarrollo de respuestas de afrontamiento para controlarla, y el segundo sistema supone el procesamiento de reacciones emocionales provocadas por la enfermedad y la puesta en práctica de estrategias de afrontamiento para controlar esas emociones.

Se trataría entonces de dos sistemas reguladores (uno objetivo o informacional y otro afectivo) independientes, pero interactuantes propugnando así la independencia entre cognición y afecto (Beneit & Latorre, 1994; Leventhal, Leventhal & Cameron, 2001; Álvarez, 2002). A partir de 1985, Leventhal sugirió que las representaciones o esquemas cognitivos que los pacientes elaboran sobre sus enfermedades incluyen diferentes factores o variables como: 1. *Identidad*: se trata de variables que identifican la presencia o ausencia de una enfermedad, puede referirse al nombre o etiqueta de una enfermedad y a signos o síntomas concretos de la misma; 2. *Consecuencias*: se refiere a la percepción de los pacientes acerca de las implicaciones físicas, sociales y económicas que tendrá la enfermedad, así como a las reacciones emocionales que podrán surgir como consecuencias de las mismas; 3. *Causas*: hace referencia a las ideas que tiene el paciente sobre la etiología o la causa de la enfermedad; y 4. *Duración*: hace alusión a la expectativa del paciente acerca de la evolución y el tiempo que durará la enfermedad (Beneit & Latorre, 1994; Leventhal et al., 1997; Leventhal et al., 2001; Álvarez, 2002; Beléndez et al., 2005). Lau y Hartman en 1983 agregaron una quinta dimensión a las cuatro dimensiones anteriores, denominada *cura/control*, que hace referencia hasta que punto la enfermedad es receptiva al tratamiento (Marks et al., 2008). La combinación de estos cinco factores darían como resultado

la representación de tres modelos dominantes de enfermedad:

1. *Modelo de enfermedad aguda*: se concibe como causada por factores muy concretos (un virus) con una duración corta y consecuencias sólo a corto plazo;
2. *Modelo de enfermedad crónica*: causada por múltiples factores, entre los cuales se incluyen hábitos y estilos de vida inapropiados, es de larga duración y produce graves consecuencias; y
3. *Modelos de enfermedad cíclica*: caracterizada por periodos alternativos sintomáticos y asintomáticos.

Leventhal, Zimmerman y Gutmann en 1984 han puesto de manifiesto que para la elaboración de estos modelos de enfermedad, las personas utilizan cuatro fuentes de información:

1. Las experiencias corporales del paciente como son la naturaleza, persistencia y severidad de sus síntomas;
2. Concepciones predominantes sobre la enfermedad en la cultura del individuo;
3. La comunicación social obtenida por familiares o amigos o profesionales de la salud; y
4. Experiencia personales que en el pasado han tenido los sujetos con enfermedad (Beneit & Latorre, 1994).

A partir de los planteamientos de Leventhal y Lau, en Inglaterra y Nueva Zelandia Weinman, Petrie, Moss-Morriss y Horne (1996) diseñaron la primera versión del cuestionario de percepción de enfermedad IPQ con las siguientes cinco dimensiones: 1. *Identidad*, 2. *Consecuencias*, 3. *Causas*, 4. *Duración*, y 5. *Cura/control*, que comprenden 38 ítems. El estudio original del IPQ se llevó a cabo con una muestra de 711 pacientes con diagnóstico de asma, diabetes, artritis reumatoide, dolor crónico, dolor

agudo, infarto al miocardio, esclerosis múltiple y VIH/Sida. Desde entonces, surgieron dos versiones más, la versión revisada del IPQ-R y la versión breve IPQ-B.

El IPQ-R fue desarrollado por Moss-Morriss et al. (2002) en Nueva Zelanda e Inglaterra con una muestra de 711 pacientes con diagnóstico de asma, diabetes, artritis reumatoide, dolor crónico, dolor agudo, infarto al miocardio, esclerosis múltiple y VIH/Sida. El IPQ-R en su versión original está compuesto por tres secciones: 1. *Identidad* compuesta por 14 síntomas (ítems); 2. *Opiniones sobre la enfermedad*, con 38 ítems que hacen alusión a las dimensiones de *control personal*, *control del tratamiento*, *duración* (aguda/crónica), *curso* (cíclico), *consecuencias*, *representaciones emocionales* y *coherencia de la enfermedad*. Y 3. *Causas de la enfermedad*, que contiene 18 ítems. Los autores identificaron cuatro dimensiones causales a través de diferentes investigaciones del IPQ-R, tales como *las atribuciones psicológicas*, *los factores de riesgo*, *la inmunidad* y *los accidentes o la casualidad*. Consideraron además que estas dimensiones no deberían considerarse universales o prescriptivos, sino que los investigadores deberían sentirse libres de modificar la escala causal (de identidad) a fin de adaptarse a enfermedades, entornos culturales o poblaciones en particular. Una de estas explicaciones causales es la gran aceptación de un modelo médico o ampliamente racional de enfermedad. Los estudios realizados con poblaciones no occidentales tienen más probabilidades de identificar factores religiosos o sobrenaturales como causas de la enfermedad (Marks et al., 2008).

Más adelante, Broadbent, Petrie, Main y Weinman (2006) desarrollaron la versión breve IPQ-B en Nueva Zelanda e Inglaterra con una muestra de 891 pacientes con diagnóstico de insuficiencia renal, diabetes tipo II, enfermedades menores (alergias, resfriados, dolores de cabeza) y angina de pecho. El IPQ-B está conformado por 9 ítems con un sistema de respuesta tipo likert que va de 0 a 10 puntos. Comprende 8 ítems y una pregunta abierta ordinal con tres posibilidades de respuesta. La sección de *representación cognitiva de la enfermedad* cuenta con 5 ítems: *Consecuencias* (ítem 1), *Duración* (ítem 2), *Control personal* (ítem 3), *Control del tratamiento* (ítem 4) e *Identidad* (ítem 5). La sección de *representación emocional* cuenta

con 2 ítems: *Preocupación* (ítem 6) y *Respuesta emocional* (ítem 8). Finalmente, el ítem 7 hace referencia a la dimensión de *Comprensión de la enfermedad*. El ítem 9 es una pregunta abierta que hace relación a los factores que la persona considera causaron su enfermedad, organizados por prioridad de uno a tres.

Haciendo una diferenciación entre el IPQ-R y el IPQ-B, se puede decir que el IPQ-B puede estudiar todas las dimensiones de *representación de la enfermedad*, con excepción de la dimensión *temporal* que evalúa solo parcialmente, estudiando la duración pero no la ciclicidad (Pain et al., 2006). Desde el origen del primer cuestionario de percepción de enfermedad hasta la fecha han surgido en diversos países diferentes versiones y adaptaciones idiomáticas de los cuestionarios tanto generales como específicos del IPQ, IPQ-R y del IPQ-B.

Las versiones idiomáticas de los cuestionarios generales del IPQ se han editado en inglés, francés, italiano, noruego, rumano, samoano, tongano y sinahla. Del IPQ-R existen versiones idiomáticas en chino, holandés, inglés, francés, alemán, griego, sueco, turco, hebreo, italiano, islandés, noruego, persa, portugués, esloveno y español. Del IPQ-B hay versiones en inglés, chino, danés, holandés, francés, alemán, griego, gujarati, hebreo, hindi, italiano, japonés, noruego, persa, portugués, polaco, samoano, ruso, esloveno, español, tongano, turco y thai. En la tabla 1 se presenta una descripción cronológica de algunas investigaciones desarrolladas con las diferentes versiones del IPQ.

Por otro lado, se cuenta además, con cuestionarios específicos derivados del IPQ y el IPQ-R en diferentes versiones idiomáticas adaptados para determinadas enfermedades. Del IPQ como cuestionario específico en inglés hay versiones para medir el síndrome de fatiga crónica, diabetes, hipertensión y VIH. En francés y rumano se cuenta con una versión para evaluar diabetes. Por otro lado, del IPQ-R como otro cuestionario específico, en idioma inglés hay versiones para evaluar asma, dolor agudo, dolor crónico, síndrome de fatiga crónica, diabetes, VIH, hipertensión, predisposición genética a enfermedades, artritis reumatoide, enfermedades de transmisión sexual y neuropatía periférica diabética. En francés

se cuenta con una versión para autismo. En holandés existe una versión para evaluar fatiga y fibromialgia (van Ittersum et al., 2009). En español se cuenta con una versión para hemofilia (Díaz & Remor, 2004). En alemán se cuenta con una versión para VIH, y en Italiano con una versión del IPQ-R para medir predisposición genética a enfermedades (*Illness Perception Questionnaire*, 2008).

Recientemente, Walker, Papadopoulos, Lipton y Hussein (2006) en Gran Bretaña desarrollaron una versión infantil de 26 ítems, denominado *Illness Perception Questionnaire* (CIPQ) que se aplicó a niños con asma, ecsema y asma, y ecsema, entre los 7 a 12 años de edad.

Tabla 1

Investigaciones desarrolladas a partir de las distintas versiones del IPQ

Autores	País	Versión	N=	Tipo de enfermedad estudiada
Scharloo et al. (1998)	Holanda	IPQ	244	Artritis reumatoide, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y psoriasis
Scharloo et al. (1999)	Holanda Gran Bretaña	IPQ	71	Artritis reumatoide
Murphy, Dickens, Creed y Bernstein (1999)	Gran Bretaña	IPQ	62	Artritis reumatoide
Rodrigues, Rosa, Moura y Baptista (2000)	Portugal	IPQ	60	Padres de niños con diagnóstico de cáncer
Scharloo, Kaptein, Weinman, Willems y Rooijmans, (2000)	Holanda	IPQ	64	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica
Sharpe, Sensky y Allard (2001)	Australia Gran Bretaña	IPQ	22	Artritis reumatoide
Kirby, et al. (2001)	Gran Bretaña	IPQ	101	Psoriasis severa
Barrowclough, Lobban, Hatton y Quinn (2001)	Gran Bretaña	IPQ	47	Esquizofrenia
Dijkstra, Vlaeyen, Rijnen y Nielson (2001)	Holanda	IPQ	321	Fibromialgia
Helder, et al. (2002)	Holanda	IPQ	77	Huntington
Rutter y Rutter (2002)	Gran Bretaña	IPQ	209	Colon irritable
Fortune, Richards, Griffiths y Main (2002)	Gran Bretaña	IPQ	225	Psoriasis vulgar
Moss-Morris y Chalder (2003)	Gran Bretaña	IPQ-R	49	Fatiga crónica y artritis reumatoide

Continúa...

Autores	País	Versión	N=	Tipo de enfermedad estudiada
Morgan, Thompson, Dixon, Tomeny y Mathers (2003)	Gran Bretaña	IPQ	209	Insomnio crónico
Whitmarsh, Koutantji y Sidell (2003)	Gran Bretaña	IPQ	93	Enfermedad cardiovascular
Jackson, Kinsey, Fiddler, Creed y Tomenson (2004)	Gran Bretaña	IPQ	145	Enfermedades cardiovasculares y neurológicas
Paschalides, et al. (2004)	Gran Bretaña	IPQ	184	Diabetes tipo II
Fortune, Barrowclough y Lobban (2004)	Gran Bretaña	IPQ	101	Depresión
Fiddler, Jackson, Kapur, Wells y Creed (2004)	Gran Bretaña	IPQ	129	Consultantes frecuentes en clínicas de neurología, cardiología y gastroenterología
Groarke, Curtis, Coughlan y Gsel (2004)	Irlanda	IPQ	75	Artritis reumatoide
Lawson, Bundy, Lyne y Harvey (2004)	Gran Bretaña	IPQ	42	Diabetes tipo I
Covic, Seica, Gusbeth-Tatomir, Gavrilovici y Goldsmith (2004)	Rumanía Gran Bretaña	IPQ-R	82	Pacientes en tratamiento de hemodiálisis
Hagger y Orbell (2005)	Gran Bretaña	IPQ-R	660	Pacientes en procedimiento de una colposcopia
Han, et al. (2005)	Gran Bretaña	IPQ	111	Colitis ulcerosa
Holliday, Wall, Treasure y Weinman (2005)	Gran Bretaña	IPQ-R	95	Anorexia nerviosa
Millar, Purushotham, McLatchie, George y Murray (2005)	Gran Bretaña	IPQ	371	Cáncer de mama
Beléndez, et al. (2005)	España	IPQ-R	170	Hipertensión
Scharloo, et al. (2005)	Holanda	IPQ-R	68	Cáncer de cabeza y cuello
Grace, et al. (2005)	Canadá	IPQ	661	Enfermedades cardiovasculares
Anagnostopoulos y Spanea (2005)	Grecia	IPQ	102	Cáncer de mama
Henderson, Safa, Easterbrook y Hotopf (2005)	Gran Bretaña	IPQ	148	VIH
Vileikyte, et. al. (2006)	Gran Bretaña	IPQ-R	495	Neuropatía Periférica Diabética (DPN)
Botha-Scheepers, et. al. (2006)	Canadá	IPQ-R	316	Artrosis
Fowler y Baas (2006)	Estados Unidos	IPQ-R	42	Insuficiencia renal crónica sometidos a hemodiálisis

Continúa...

Autores	País	Versión	N=	Tipo de enfermedad estudiada
Pain, et al. (2006)	Italia	IPQ-B	500	Problemas cardiovasculares, neoplasias, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica y diabetes
Knibb y Horton (2006)	Gran Bretaña	IPQ-R	156	Alergias
Jerjes, et al. (2006)	Gran Bretaña	IPQ	102	Trastorno temporomandibular y dolor de cabeza
Ohm y Aaronson (2006)	Estados Unidos	IPQ-R	120	Asma
Trovato, et al. (2006)	Italia	IPQ-R	90	Enfermedades crónicas
Jackson, et al. (2006)	Gran Bretaña	IPQ	295	Enfermedades neurológicas, cardiológicas y gastroenterológicas
Fernandes y McIntyre (2006)	Portugal	IPQ-R	41	Infarto al miocardio
Bianconi, Poggioli, Merelli, Razzaboni y Comelli (2006)	Italia	IPQ-R	69	Esclerosis múltiple
Afonso y Graça-Pereira (2007)	Portugal	IPQ-R	106	Fumadores de tabaco
Buck, Drinnan, Wilson, Barnard (2007)	Gran Bretaña	IPQ	50	Disfonía
Giardini, Majani, Pierobon, Gremigni y Catapano (2007)	Italia	IPQ-R	277	Enfermedades cardiacas
Gauchet, Tarquinio, y Fischer. (2007)	Estados Unidos	IPQ	127	VIH
Kaptein, et al. (2007a)	Holanda	IPQ-R	51	Huntington
Kaptein, et al. (2007b)	Holanda	IPQ-R	174	Trombofilia
Hermele, Olivo, Namerow y Oz (2007)	Estados Unidos	IPQ-R	56	Cirugía cardiaca de bypass
Llewellyn, McGurk y Weinman (2007)	Gran Bretaña	IPQ-R	82	Cáncer de cabeza y cuello
Quiles, Terol, Romero y Pagán (2007)	España	IPQ-R	98	Desórdenes alimentarios
Searle, Norman, Thompson y Vedhara (2007)	Gran Bretaña	IPQ-R	164	Diabetes tipo II
Campbell (2007)	Gran Bretaña	IPQ	300	Personas que trabajan con adultos diagnosticados con dificultades de aprendizaje
Stockford, Turner y Cooper (2007)	Gran Bretaña	IPQ-R	69	Desórdenes alimentarios
Lawson, Bundy y Harvey (2007)	Gran Bretaña	IPQ-R	158	Diabetes tipo I y II
Frostholm, et al. (2007)	Dinamarca	IPQ	1.785	Pacientes de prevención primaria

Continúa...

Autores	País	Versión	N=	Tipo de enfermedad estudiada
Scharloo, et al. (2007)	Holanda	IPQ	171	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC)
Moss-Morris, Humphrey, Johnson y Petrie (2007)	Gran Bretaña	IPQ	76	Dolor crónico
Pacheco-Huergo (2007)	España	IPQ-R IPQ-B	579	EPOC, artrosis, asma, hipertensión, diabetes e infarto agudo al miocardio
Figueiras y Alves (2007)	Portugal	IPQ-R	1.113	Percepción de personas sanas respecto a individuos que padecen de SIDA, tuberculosis y cáncer de piel.
Sluiter y Frings-Dresen (2008)	Holanda	IPQ-B	1.121	Pacientes con enfermedad crónica
Broadbent, Kydd, Sanders y Vanderpyl (2008)	Nueva Zelanda	IPQ-B	203	Pacientes de salud mental
Husain, Dearman, Chaudhry, Rizvi y Waheed (2008)	Pakistan	IPQ-R	108	Tuberculosis
Foster, et al. (2008)	Gran Bretaña	IPQ-R	1561	Dolor lumbar
Lee, Chaboyer y Wallis (2008)	Australia	IPQ-R	114	Heridas traumáticas severas
Wittkowski, Richards, Williams y Main (2008)	Gran Bretaña	IPQ-R	284	Dermatitis atópica
Searle, et al. (2008)	Gran Bretaña	IPQ-R	66	Diferentes tipos de diabetes
Callaghan, Condie y Johnston (2008)	Gran Bretaña	IPQ-R	166	Amputación de extremidades
Cabassa, et al. (2008)	USA	IPQ-R	339	Depresión
Thornton y Ballard (2008)	Gran Bretaña	IPQ-R	167	No asistencia a citas médicas en militares
van Wilgen, van Ittersum, Kaptein y van Wijhe (2008)	Holanda	IPQ-R	51	Fibromialgia
Chen, Tsai y Lee (2008)	Taiwan	IPQ-R	358	Hipertensión
Boot, Heijmans, van der Gulden y Rijken (2008)	Holanda	IPQ-R	189	Enfermedad crónica
Karademas, et al. (2008)	Grecia	IPQ-B	121	Enfermedad crónica
Paddison, et al. (2008)	Nueva Zelandia	IPQ-R	51	Cáncer colo-rectal
De Filippis, et al. (2008)	Italia	IPQ-R	116	Cefaleas

Continúa...

Autores	País	Versión	N=	Tipo de enfermedad estudiada
Chan , et al. (2009)	Irlanda	IPQ-R	57	Heridas traumáticas agudas de mano
Cartwright, Endean y Porter (2009)	Gran Bretaña	IPQ-R	214	Alopecia
Radat, et al. (2009)	Francia	IPQ-B	1534	Cefaleas
Benyamini, Gozlan y Kokia (2009)	Israel	IPQ	72	Infertilidad
Astin, Closs, McLenachan, Hunter y Priestley (2009)	Gran Bretaña	IPQ	29	Angioplastia coronaria
Lau-Walker, Cowie y Roughton (2009)	Gran Bretaña	IPQ	253	Enfermedad cardiaca coronaria
Kirby y Yardley (2009)	Gran Bretaña	IPQ-R	358	Síndrome de Ménière
Reynolds, et al. (2009)	E.E.UU Puerto Rico Noruega Taiwan Colombia	IPQ	1.217	VIH
Giannousi, Manaras, Georgoulas, y Samonis (2010)	Grecia	IPQ-R	206	Cáncer

DISCUSIÓN

Desde el surgimiento del IPQ por Weinman et al. (1996) se ha venido dando, más concretamente en los últimos cinco años, un aumento progresivo de investigaciones en el área, y existen alrededor de más de ciento cincuenta estudios con las diferentes versiones del IPQ publicados en distintos idiomas y países; sin embargo, vale resaltar la escasa investigación sobre el tema en América Latina. Aunque se han empleado todas las versiones del IPQ en los distintos estudios, se encuentra una marcada preferencia por el IPQ-R, tanto en su versión general como la específica. La mayoría de estos estudios están enfocados en evaluar las relaciones de la percepción de enfermedad con diversas variables como calidad de vida relacionada con la salud (CVRS), afrontamiento, emociones positivas y negativas (ansiedad, depresión, estrés), personalidad, adherencia al tratamiento, entre otras, en diferentes tipos de enfermedades crónicas, y Margreet Scharloo, de Holanda, es quien más ha trabajado en el tema después de los autores originales ingleses y neozelandeses del IPQ. Por otro lado, se evidencia en menor

proporción estudios con muestras poblacionales en salud mental. Los estudios actuales están enfocados en pacientes con diagnóstico de esquizofrenia, depresión, anorexia nerviosa o trastornos de la conducta alimentaria, entre otras (Broadbent et al., 2008). En los estudios con el IPQ se han tenido en cuenta muestras poblacionales de diferentes etapas evolutivas que van desde la adolescencia hasta adultos mayores (Griva, Myers & Newman, 2000; Skinner, Hampson & Fife-Schaw, 2002; Edgar & Skinner, 2003).

Al respecto de las investigaciones que evalúan la percepción de enfermedad con la CVRS se puede evidenciar una estrecha relación entre estas dos variables. Cuando la percepción de enfermedad es desfavorable en casi todas las dimensiones del IPQ la CVRS es igualmente baja y, por el contrario, cuando la percepción de enfermedad es favorable la CVRS es positiva en todas sus dimensiones, posibilitando incluso predecir en los pacientes el estado físico y mental en el futuro (Scharloo et al., 1999; Moss-Morris & Chalder, 2003; Scharloo et al., 2005; Botha-Scheepers et al., 2006; Kaptein et al., 2007a; Kaptein et al., 2007b; Petrie, Jago & Devcich, 2007; Sluiter y Frings-Dresen, 2008). A diferencia de los autores anteriores, Han et al. (2005) reportaron en su estudio con pacientes diagnosticados de colitis ulcerosa, que las percepciones de enfermedad de los pacientes tenían un bajo nivel de predicción con la CVRS. Además, se han encontrado resultados más desfavorables en la percepción de enfermedad y la CVRS cuando ha sido asociada con emociones negativas como ansiedad, depresión, en la que se ha evidenciado la influencia directa que pueden tener las percepciones de enfermedad negativas y los estados emocionales sobre el bienestar físico y mental (Rutter & Rutter, 2002; Paschalides et al., 2004; Groarke et al., 2004; Fowler & Baas, 2006). Igualmente, en los estudios longitudinales en los que se han realizado intervenciones puntuales sobre las percepciones de enfermedad negativas se ha encontrado una mejora significativa y paulatina en la CVRS de quienes padecen una enfermedad crónica (Moss-Morris et al., 2007; Scharloo et al., 2007).

En cuanto a los estudios de percepción de enfermedad y emociones negativas como ansiedad, depresión, en pacientes enfermos crónicos, se ha

encontrado relación directamente proporcional entre estas dos variables (Scharloo et al., 2000; Sharpe et al., 2001; Kirby et al., 2001; Fortune et al., 2002; Grace et al., 2005; Jerjes et al., 2006; Hermele et al., 2007; Buck et al., 2007; Husain et al., 2008). Por otro lado, se ha encontrado en pacientes con cáncer de mamá que altos niveles de ansiedad y un patrón de personalidad neurótico se asocian a una percepción de enfermedad más desfavorable (Millar et al., 2005). Otros estudios han planteado que las condiciones de salud mejoran en los pacientes con altos niveles de ansiedad y depresión cuando estos utilizan estrategias de afrontamiento adaptativas que pueden disminuir las percepciones de enfermedad negativas (Sharpe, et al., 2001; Knibb & Horton, 2006).

Respecto a los estudios de percepción de enfermedad y su relación con las estrategias de afrontamiento se ha encontrado capacidad predictiva entre estas dos variables, en las que las estrategias de afrontamiento activas posibilitan el bienestar físico y mental en los pacientes que padecen una enfermedad crónica; incluso, no se ha evidenciado diferencia alguna entre las estrategias empleadas por los pacientes con enfermedad crónica con población normal, ya que éstos perciben su enfermedad como un suceso vital estresante tan normal como otros que les puede acontecer en sus vidas (Scharloo et al., 1998; Helder et al., 2002). Por otro lado, otros estudios han planteado la relación predictiva entre la percepción de la enfermedad y las características de personalidad sobre las estrategias de afrontamiento, en los que se demuestra una vez más la importancia del estilo de afrontamiento activo más que pasivo respecto del curso y/o desarrollo de la enfermedad (Bianconi et al., 2006).

En lo concerniente a estudios de percepción de enfermedad con muestras poblacionales en salud mental como trastornos de la conducta alimentaria, anorexia y bulimia, y depresión, entre otros, se ha encontrado que estos pacientes se adhieren más fácilmente al tratamiento, buscan ayuda, emplean un afrontamiento más adaptativo y tiene cogniciones menos catastróficas de su salud cuando mantienen una percepción de enfermedad un poco más favorable (Fortune et al., 2004; Fiddler et al., 2004; Holliday et al., 2005; Quiles et al., 2007; Broadbent et al., 2008).

En lo relacionado con las investigaciones de percepción de enfermedad y adherencia al tratamiento los estudios no son concluyentes, y se evidencia una cierta diferencia entre los estudios con muestras poblacionales de salud mental. En éstos se encuentra cierta relación entre la percepción de enfermedad y la adherencia al tratamiento con los de enfermedades crónicas que reportan lo contrario, y sugieren que se desarrollen más estudios para determinar si hay relaciones predictivas entre estas dos variables por la complejidad de todos los factores asociados a la adherencia al tratamiento (Morgan et al., 2003; Ohm & Aaronson 2006; Husain et al., 2008), ya que las creencias de los pacientes relacionadas con el tratamiento médico se forman en parte por la relación médico-paciente, y la adherencia parece estar relacionada con los valores personales o lo que la persona considera importante para su vida (Gauchet et al., 2007).

A nivel general se observa en los diversos estudios con el IPQ y sus diferentes versiones, que no hay un patrón definido o dimensiones de percepción de enfermedad asociada a una enfermedad específica, ya sea física o mental; incluso, puede variar dentro del mismo tipo de enfermedad la presencia de diferentes dimensiones; pueden modificarse en el tiempo, lo que se ve reflejado en los estudios longitudinales. Parecería que un sinnúmero no precisado de características específicas como por ejemplo las diferencias individuales, características sociodemográficas, socio-culturales, etnográficas, el contexto histórico, el cuadro clínico en sí, el curso y estadio de la enfermedad, las experiencias y creencias personales y de otros respecto a la enfermedad, incluso hasta las creencias y prácticas religiosas o espirituales, entre otras, fueran las que orientaran la percepción de enfermedad hacia una dirección o hacia otra, tanto en las muestras poblacionales de pacientes con enfermedades crónicas como mentales, independientemente del tipo de enfermedad o trastorno (Beneit & Latorre, 1994; Marks et al., 2008).

Sin embargo, es de resaltar que la dimensión de control (control personal y control de tratamiento) presente en las diferentes versiones del IPQ sobresale en los diferentes estudios como variable predictiva, ya que creer que se tiene la capacidad de control sobre la enfermedad posibilita una percepción de la CVRS más favorable, a su vez que permite un mejor uso

de estrategias de afrontamiento, menos presencia de emociones negativas (ansiedad, depresión, estrés), y un uso adecuado y racional de los servicios de salud, pues el paciente percibe el curso de la enfermedad con menor cronicidad, de forma más realista y optimista y tiene mejor eficacia en el tratamiento, percibe menos síntomas de dolor, amortigua los riesgos de la estigmatización social relacionados con la condición de enfermedad y ayuda a fortalecer las creencias positivas (Scharloo et al., 1998; Scharloo et al., 1999; Rutter & Rutter, 2002; Morgan et al., 2003; Groarke et al., 2004; Grace et al., 2005; Hagger & Orbell, 2005; Anagnostopoulos & Spanea, 2005; Holliday et al., 2005; Knibb & Horton, 2006; Trovato et al., 2006; Hermele et al., 2007; Buck et al., 2007; Stockford et al., 2007; Broadbent et al., 2008; Husain et al., 2008).

La creencia de control y la sensación de autoeficacia en relación con la enfermedad y su tratamiento son, generalmente, adaptativos y hasta puede prolongar la vida de quien padece una determinada enfermedad. En diferentes estudios con enfermos crónicos se han reportado que quienes creen y tienen la sensación de control sobre su enfermedad se ajustan y se adaptan mejor a su condición física y psicosocial que aquellos que carecen de esta creencia (Taylor, 2007). Más específicamente en una investigación con pacientes con EPOC se encontró que los que tenían altas expectativas de autoeficacia sobrevivieron por más tiempo que aquellos sin esas expectativas. Estos resultados sugieren fuertemente que cuando una enfermedad es percibida como modificable y bajo el control personal, el proceso de recuperación de las enfermedades crónicas es más favorable en el tiempo (Kohler, Fish & Greene, 2002). En definitiva, las creencias de control pueden llevar a individuos enfermos a poner en práctica conductas más saludables, a conseguir niveles más altos de adherencia al tratamiento y alcanzar una mejor calidad de vida (Beneit & Latorre, 1994; Marks et al., 2008).

En conclusión, hay suficiente evidencia que demuestra la confiabilidad y validez del IPQ en sus diferentes versiones y en distintos contextos socioculturales (Weinman et al., 1996; Moss-Morriss et al., 2002; Broadbent et al., 2006). Sin embargo, se cuenta con poca información en la literatura sobre intervenciones puntuales que hayan sido realizadas para modificar las percepciones de enfermedad negativas, aunque los pocos estudios longitudinales que han realizado intervenciones en periodos

determinados hacen que esta sea un área emergente y promisoría de estudio por los resultados favorables encontrados, especialmente sobre la salud física y mental de quienes padecen una determinada patología.

Referencias

- Afonso, F. & Graça-Pereira, M. (2007). Impact of psychosocial variables on smoking behaviour change. En M.V. Gordillo y E. Remor (Eds.). *e-Libro de resúmenes del Symposium Hispano-Luso de Medicina Conductual y Psicología de la Salud* (p. 30). Madrid, España: SEMCyPS
- Álvarez, J. (2002). *Estudio de las creencias, salud y enfermedad: análisis psicosocial*. México, D.F: Trillas.
- Anagnostopoulos, F. & Spanea, E. (2005). Assessing illness representations of breast cancer: a comparison of patients with healthy and benign controls. *Journal Psychosomatic Research*, 58 (4), 327-334.
- Astin, F., Closs, S.J., McLenachan, J., Hunter, S. & Priestley, C. (2009). Primary angioplasty for heart attack: mismatch between expectations and reality? *Journal of Advanced Nursing*, 65 (1), 72-83.
- Barrowclough, C., Lobban, F., Hatton, C. & Quinn, J. (2001). An investigation of models of illness in carers of schizophrenia patients using the Illness Perception Questionnaire. *British Journal Clinical Psychology*, 40 (4), 371-385.
- Benyamini, Y., Gozlan, M. & Kokia, E. (2009). Women's and men's perceptions of infertility and their associations with psychological adjustment: A dyadic approach. *British Journal of Health Psychology*, 14, 1-16.
- Beléndez, M., Bermejo, R.M. & García, D. (2005). Estructura factorial de la versión española del Revised Illness Perception Questionnaire en una muestra de hipertensos. *Psicothema*, 17, 318-324.
- Beneit, P.J. & Latorre, J.M. (1994). Representación mental de la enfermedad. En J.M. Latorre y P.J. Beneit (Eds.). *Psicología de la salud* (pp. 215-224). Buenos Aires, Argentina: Lumen.
- Bianconi, G., Poggioli, E., Merelli, E., Razzaboni, E. & Comelli, D. (2006). Aspetti psicologici della sclerosi multipla. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 28 (1), 22-28.
- Boot, C.R.L., Heijmans, M., van der Gulden, J.W.J. & Rijken, M. (2008). The role of illness perceptions in labor participation of the chronically ill. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 82, 13-20.
- Botha-Scheepers, S., Riyazi, N., Kroon, H.M., Scharloo, M., Houwing-Duistermaat, J.J., Slagboom, E., et. al. (2006). Activity limitations in the lower extremities in patients with osteoarthritis: the modifying effects of illness

- perceptions and mental health. *Osteoarthritis and Cartilage*, 14, 1104-1110.
- Broadbent, E., Kydd, R., Sanders, D. & Vanderpyl, J. (2008). Unmet needs and treatment seeking in high users of mental health services: role of illness perceptions. *Australian New Zealand Journal of Psychiatry*, 42 (2), 147-153.
- Broadbent, E., Petrie, K.J., Main, J. & Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research* 60, 631- 637.
- Buck, F., Drinnan, M., Wilson, J. & Barnard, I.S. (2007). What are the illness perceptions of people with dysphonia: a pilot study. *The Journal of Laryngology y Otology*, 121, 31-39.
- Cabassa, L.J., Lagomasino, I.T., Dwight-Johnson, M., Hansen, M.C. & Xie, B. (2008). Measuring Latinos' perceptions of depression: A confirmatory factor analysis of the Illness Perception Questionnaire. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 14 (4), 377-384.
- Cabrera, G., Tascón, J. & Lucumí, D. (2001). Creencias en salud: historia, constructos y aportes del modelo. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 19, 91-101.
- Callaghan, B., Condie, E. & Johnston, M. (2008). Using the common sense self-regulation model to determine psychological predictors of prosthetic use and activity limitations in lower limb amputees. *Prosthetics and Orthotics International*, 32 (3), 324-36.
- Campbell, M. (2007). Cognitive representation of challenging behaviour among staff working with adults with learning disabilities. *Psychology Health Medicine*, 12 (4), 407-420.
- Cartwright, T., Endean, N. & Porter, A. (2009). Illness perceptions, coping and quality of life in patients with alopecia. *British Journal of Dermatology*, 160 (5), 034-1039.
- Chan, J.C., Ong, J.C., Avalos, G., Regan, P.J., McCann, J., Groarke, A., et al. (2009). Illness representations in patients with hand injury. *Journal of Plastic, Reconstructive y Aesthetic Surgery*, 62 (7), 927-932.
- Chen, S.L., Tsai, J.C. & Lee, W.L. (2008). Psychometric validation of the Chinese version of the Illness Perception Questionnaire-Revised for patients with hypertension. *Journal of advanced nursing*, 64 (5), 524-534.
- Covic, A., Seica, A., Gusbeth-Tatomir, P., Gavrilovici, O. & Goldsmith, D.J.A. (2004). Illness representations and quality of life scores in haemodialysis patients. *Nephrology Dialysis Transplantation*, 19, 2078-2083.
- De Filippis, S., Erbuto, D., Gentili, F., Innamorati, M., Lester, D., Tatarelli, R., et al. (2008). Mental turmoil, suicide risk, illness perception, and temperament, and their impact on quality of life in chronic daily headache. *The Journal of Headache and Pain*, 9 (6), 349-357.

- Díaz, J.L. & Remor, E. (2004). *Situación sociolaboral en hemofilia*. Diploma de Estudios Avanzados DEA no publicado, Universidad Autónoma de Madrid, España.
- Dijkstra, A., Vlaeyen, J.W.S., Rijnen, H. & Nielson, W. (2001). Readiness to adopt the self-management approach to cope with chronic pain in fibromyalgic patients. *Pain, 90* (1-2), 37-45.
- Edgar, K.A. & Skinner, T.C. (2003). Illness representations and coping as predictors of emotional well-being in adolescents with Type 1 Diabetes. *Journal of Pediatric Psychology, 28* (7), 485-493.
- Ehrenzweig, Y. (2005). Modelos de cognición social y adherencia terapéutica en pacientes con cáncer. En L. Flores, M.M. Botero y B. Moreno-Jiménez (Eds.). *Psicología de la salud: temas actuales de investigación en Latinoamérica* (pp. 133-152). Barranquilla, Colombia: UNINORTE
- Fernandes, A.C. & McIntyre, M.T. (2006). Intervenção psicológica multimodal em pacientes na reabilitação pós-enfarte do miocárdio em Portugal. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde, 19* (2), 74-83.
- Fiddler, M., Jackson, J., Kapur, N., Wells, A. & Creed, F. (2004). Childhood adversity and frequent medical consultations. *General Hospital Psychiatry, 26* (5), 367-377.
- Figueiras, M.J. & Alves, N.C. (2007). Lay perceptions of serious illnesses: An adapted version of the Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) for healthy people. *Psychology and Health, 22* (2), 143-158.
- Fortune, G., Barrowclough, C. & Lobban, F. (2004). Illness representations in depression. *British Journal Clinical Psychology, 43* (4), 347-364.
- Fortune, D.G., Richards, H.L., Griffiths, C.E., & Main, C.J. (2002). Psychological stress, distress and disability in patients with psoriasis: consensus and variation in the contribution of illness perceptions, coping and alexithymia. *British Journal Clinical Psychology, 41* (2), 157-174.
- Foster, N.E., Bishop, A., Thomas, E., Main, C., Horne, R., Weinman, J., et al. (2008). Illness perceptions of low back pain patients in primary care: What are they, do they change and are they associated with outcome?. *Pain, 136* (1-2):177-187.
- Fowler, C. & Baas, L.S. (2006). Illness representations in patients with chronic kidney disease on maintenance hemodialysis. *Nephrology Nursing Journal, 33*, 173-187.
- Frostholm, L., Oernboel, E., Christensen, K.S., Toft, T., Olesen, F., Weinman, J., et al. (2007). Do illness perceptions predict health outcomes in primary care patients? A 2-year follow-up study. *Journal Psychosomatic Research, 62* (2), 129-138.

- Gauchet, A., Tarquinio, C. & Fischer, G. (2007). Psychosocial predictors of medication adherence among persons living with HIV. *International Journal of Behavioral Medicine*, 14 (3), 141-150.
- Giannousi, Z., Manaras, I., Georgoulas, V. & Samonis, G. (2010). Illness perceptions in Greek patients with cancer: a validation of the Revised-Illness Perception Questionnaire. *Psycho-oncology*, 19 (1), 85-92.
- Giardini, A., Majani, G., Pierobon, A., Gremigni, P. & Catapano, I. (2007). Contributo alla validazione italiana dell'IPQ-R. *Giornale Italiano di Medicina del Lavoro ed Ergonomia*, 29 (1), 64-74.
- Grace, S.L., Krepostman, S., Brooks, D., Arthur, H., Scholey, P., Suskin, N., et al., (2005). Illness perceptions among cardiac patients: relation to depressive symptomatology and sex. *Journal Psychosomatic Research*, 59 (3), 153-160.
- Griva, K., Myers, L.B. & Newman, S. (2000). Illness perceptions and self efficacy beliefs in adolescents and young adults with insulin dependent diabetes mellitus. *Psychology y Health*, 15, 733-750.
- Groarke, A., Curtis, R., Coughlan, R. & Gsel, A. (2004). The role of perceived and actual disease status in adjustment to rheumatoid arthritis. *Rheumatology*, 43 (9), 1142-1149.
- Hagger, M.S. & Orbell, S. (2005). A confirmatory factor analysis of the revised illness perception questionnaire (IPQ-R) in a cervical screening context. *Psychology and Health*, 20 (2), 161-173.
- Han, S.W., McColl, E., Barton, J.R., James, P., Steen, I.N. & Welfare, M.R. (2005). Predictors of quality of life in ulcerative colitis: the importance of symptoms and illness representations. *Inflammatory Bowel Disease*, 11 (1), 24-34.
- Helder, D., Kaptein, A., Van Kempen, G., Weinman, J., van Houwelingen, J.C. & Roos, R.A. (2002). Living with Huntington's Disease: illness perceptions, coping mechanisms and patients' well-being. *British Journal of Health Psychology*, 7, 449-462.
- Henderson, M., Safa, F., Easterbrook, P. & Hotopf, M. (2005). Fatigue among HIV-infected patients in the era of highly active antiretroviral therapy. *HIV Medicine*, 6, 347-352.
- Hermele, S., Olivo, E.L., Namerow, P. & Oz, M.C. (2007). Illness representations and psychological distress in patients undergoing coronary artery bypass graft surgery. *Psychology Health Medicine*, 12 (5), 580-591.
- Holliday, J., Wall, E., Treasure, J. & Weinman, J. (2005). Perceptions of illness in individuals with anorexia nervosa: a comparison with lay men and women. *International Journal Eat Disorder*, 37 (1), 50-56.
- Husain, M.O., Dearman, S.P., Chaudhry, I.B., Rizvi, N. & Waheed, W. (2008).

- The relationship between anxiety, depression and illness perception in tuberculosis patients in Pakistan. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 4, 4.
- Illness Perception Questionnaire (2008). IPQ, IPQ-R. Recuperado el 16 de enero de 2008, del sitio Web de Illness Perception Questionnaire: <http://www.uib.no/IPQ/>
- Jackson, J., Fiddler, M., Kapur, N., Wells, A., Tomenson, B. & Creed, F. (2006). Number of bodily symptoms predicts outcome more accurately than health anxiety in patients attending neurology, cardiology, and gastroenterology clinics. *Journal Psychosomatic Research*, 60 (4), 357-363.
- Jackson, J., Kinsey, J., Fiddler, M., Creed, F. & Tomenson, B. (2004). Differences between out-patients with physical disease and those with medically unexplained symptoms with respect to patient satisfaction, emotional distress and illness perception. *British Journal of Health Psychology*, 9, 433-446.
- Jerjes, W., Madland, G., Feinmann, C., Hopper, C., Kumar, M., Upile, T., et al. (2006). A psychological comparison of temporomandibular disorder and chronic daily headache: are there targets for therapeutic interventions?. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology y Endodontics*, 103 (3), 367-373.
- Kaptein, A., Scharloo, M., Helder, D., Snoei, L., Kempen, G., Weinman, J., et al. (2007a). Quality of life in couples living with Huntington's disease: the role of patients' and partners' illness perceptions. *Quality of Life Research*, 16 (5), 793-801.
- Kaptein, A.A., van Korlaar, I.M., Cameron, L.D., Vossen, C.Y., van der Meer, F.J. & Rosendaal, F.R. (2007b). Using the common-sense model to predict risk perception and disease-related worry in individuals at increased risk for venous thrombosis. *Health Psychology*, 26 (6), 807-812.
- Karademas, E.C., Bakouli, A., Bastounis, A., Kallergi, F., Tamtami, P. & Theofilou, M. (2008). Illness Perceptions, Illness-related Problems, Subjective Health and the Role of Perceived Primal Threat. *Journal of Health Psychology*, 13 (8), 1021-1029.
- Kirby, B., Richards, H.L., Woo, P., Hindle, E., Main, C.J. & Griffiths, C.E. (2001). Physical and psychologic measures are necessary to assess overall psoriasis severity. *Journal American Academic Dermatology*, 45 (1), 72-76.
- Kirby, S.E. & Yardley, L. (2009). Cognitions associated with anxiety in Ménière's disease. *Journal of Psychosomatic Research* 66, 111-118.
- Knibb, R.C. & Horton, S.L. (2008). Can illness perceptions and coping predict psychological distress amongst allergy sufferers? *British Journal of Health Psychology*, 13 (1), 103-119.

- Kohler, C.L., Fish, L. & Greene, P.J. (2002). The relationship of perceived self-efficacy to quality of life in chronic obstructive pulmonary disease. *Health Psychology, 21*, 610-614.
- Lau-Walker, M.O., Cowie, M.R. & Roughton, M. (2009). Coronary heart disease patients' perception of their symptoms and sense of control are associated with their quality of life three years following hospital discharge. *Journal of clinical nursing, 18* (1), 63-71.
- Lawson, V.L., Bundy, C., & Harvey, J.N. (2007). The influence of health threat communication and personality traits on personal models of diabetes in newly diagnosed diabetic patients. *Diabetic Medicine, 24* (8), 883-891.
- Lawson, V.L., Bundy, C., Lyne, P.A. & Harvey, J.N. (2004). Using the IPQ and PMDI to predict regular diabetes care-seeking among patients with type I diabetes. *British Journal of Health Psychology, 9*, 241-252.
- Lee, B., Chaboyer, W., & Wallis, M. (2008). Predictors of Health-Related Quality of Life 3 Months After Traumatic Injury. *Journal of Nursing Scholarship, 40* (1), 83-90.
- Leventhal, H., Benyamini, Y., Brownlee, S., Diefenbach, M., Leventhal, E., Patrick-Miller, L., et al. (1997). Illness representations: Theoretical Foundations. In K.J. Petrie y J. Weinman (Eds.). *Perceptions of health and illness: Current research and applications* (pp. 19-45). Amsterdam: Harwood Academic Publishers.
- Leventhal, H., Leventhal, E.A. & Cameron, L. (2001). Representations, procedures, and affect in illness self-regulation: A perceptual-cognitive model. In A. Baum, T.A. Revenson y J.E. Singer (Eds.). *Handbook of health psychology* (pp. 19-48). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Llewellyn, C.D., McGurk, M. & Weinman, J. (2007). The relationship between the Patient Generated Index (PGI) and measures of HR-QoL following diagnosis with head and neck cancer: are illness and treatment perceptions determinants of judgment-based outcomes?. *British Journal of Health Psychology, 12* (3), 421-437.
- Marks, D., Murray, M., Evans, B., Willig, C., Woodall, C. & Sykes, C. (2008). *Psicología de la salud: Teoría, investigación y práctica*. México, D.F.: Manual Moderno.
- Medina, S. & León, J.M. (2004). Modelos explicativos de la psicología de la salud. En J.M. León, S. Medina, S. Barriga, A. Ballesteros y I.M. Herrera (Eds.). *Psicología de la salud y calidad de vida* (pp. 61-95). Barcelona, España: UOC.
- Millar, K., Purushotham, A.D., McLatchie, E., George, W.D. & Murray, G.D. (2005). A 1-year prospective study of individual variation in distress, and illness perceptions, after treatment for breast cancer. *Journal Psychosomatic*

- Research*, 58 (4), 335-342.
- Moreno, E. & Gil, J. (2003). El modelo de creencias en salud: revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. I: Hacia un análisis funcional de las creencias en salud. *Internacional Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3, 91-109.
- Morgan, K., Thompson, J., Dixon, S., Tomeny, M. & Mathers, N. (2003). Predicting longer-term outcomes following psychological treatment for hypnotic-dependent chronic insomnia. *Journal Psychosomatic Research*, 54 (1), 21-29.
- Moss-Morris, R. & Chalder, T. (2003). Illness perceptions and levels of disability in patients with chronic fatigue syndrome and rheumatoid arthritis. *Journal of Psychosomatic Research*, 55, (4), 305-308.
- Moss-Morris, R., Humphrey, K., Johnson, M.H. & Petrie, K.J. (2007). Patients' perceptions of their pain condition across a multidisciplinary pain management program: do they change and if so does it matter?. *The Clinical Journal of Pain*, 23, (7), 558-564.
- Moss-Morriss, R., Weinman, J., Petrie, K.J., Horne, R., Cameron, L. & Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*, 17 (1), 1-16.
- Murphy, H., Dickens, C., Creed, F. & Bernstein, R. (1999). Depression, illness perception and coping in rheumatoid arthritis. *Journal of Psychosomatic Research*, 46 (2), 155-164.
- Ohm, R. & Aaronson, L.S. (2006). Symptom perception and adherence to asthma controller medications. *Journal of Nursing Scholarship*, 38 (3), 292-297.
- Pacheco-Huergo, V. (2007). Validación de un cuestionario de percepción de enfermedad: Illness Perception Questionnaire Revised (IPQ-R) and Brief Illness Perception Questionnaire (BIPQ). Proyecto financiado por el Fondo de Investigación Sanitaria del Instituto de Salud Carlos III (FIS PI031649).
- Paddison, J., Booth, R., Cameron, L., Robinson, E., Frizelle, F. & Hill, A. (2008). Fatigue After Colorectal Surgery and Its Relationship to Patient Expectations. *Journal of Surgical Research*, 151(1), 145-152.
- Pain, D., Miglioretti, M. & Angelino, E. (2006). Sviluppo della versione italiana del Brief-IPQ (Illness perception Questionnaire, short version), strumento psicométrico per lo studio delle Rappresentazioni di malattia. *Psicologia Della Salute*, 1, Articolo 7. Recuperado el 9 de enero de 2008, de <http://www.francoangeli.it/riviste/sommario.asp?IDRivista=72>
- Paschalides, C., Wearden, A.J., Dunkerley, R., Bundy, C., Davies, R. & Dickens, C.M. (2004). The associations of anxiety, depression and personal illness

- representations with glycaemic control and health-related quality of life in patients with type 2 diabetes mellitus. *Journal Psychosomatic Research*, 57 (6), 557-564.
- Petrie, K.J., Jago, L.A. & Devcich, D.A. (2007). The role of illness perceptions in patients with medical conditions. *Current Opinion in Psychiatry*, 20, 163-167.
- Quiles, Y., Terol, M.C., Romero, C. & Pagán, G. (2007). Illness perception in eating disorders and psychosocial adaptation. *European Eating Disorders Review*, 15 (5), 373-384.
- Radat, F., Lantéri-Minet, M., Nachit-Ouinekh, F., Massiou, H., Lucas, C., Pradalier, A., et al. (2009). The GRIM2005 study of migraine consultation in France. III: Psychological features of subjects with migraine. *Cephalalgia*, 29 (3), 338-350.
- Reynolds, N.R., Sanzero, L., Nicholas, P.K., Corless, I.B., Kirksey, K., Hamilton, M.J., et al. (2009). HIV Illness Representation as a Predictor of Self-care Management and Health Outcomes: A Multi-site, Cross-cultural Study. *AIDS and behavior*, 13 (2), 258-267.
- Rodríguez, M.A., Rosa, J., Moura, M.J. & Baptista, A. (2000). Ajustamiento emocional, estrategias de coping e percepção da doença em pais de crianças com doença do foro oncológico. *Psicologia, Saúde y doenças*, 1 (1), 61-68.
- Rutter, C.L. & Rutter, D.R. (2002). Illness representation, coping and outcome in irritable bowel syndrome (IBS). *British Journal Health Psychology*, 7 (4), 377-391.
- Scharloo, M., Baatenburg de Jong, R.J., Langeveld, T.P., van Velzen-Verkaik, E., Doorn-op den Akker, M.M. & Kaptein, A.A. (2005). Quality of life and illness perceptions in patients with recently diagnosed head and neck cancer. *Head Neck*, 27, 857-863.
- Scharloo, M., Kaptein, A.A., Schlösser, M., Pouwels, H., Bel, E.H., Rabe, K.F., et al. (2007). Illness perceptions and quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal Asthma*, 44 (7), 575-581.
- Scharloo, M., Kaptein, A.A., Weinman, J.A., Hazes, J.M., Breedveld, F.C., y Rooijmans, H.G.M. (1999). Predicting functional status in patients with rheumatoid arthritis. *Journal Rheumatology*, 26 (8), 1686-1693.
- Scharloo, M., Kaptein, A.A., Weinman, J., Hazes, J.M., Willems, L.N.A., Bergman, W., et al. (1998). Illness perceptions, coping and functioning in patients with rheumatoid arthritis, chronic obstructive pulmonary disease and psoriasis. *Journal of Psychosomatic Research*, 44 (5), 573-585.
- Scharloo, M., Kaptein, A.A., Weinman, J.A., Willems, L.N.A. & Rooijmans, H.G.M. (2000). Physical and psychological correlates of functioning in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Asthma*,

37, 17-29.

- Searle, A., Norman, P., Thompson, R. & Vedhara, K. (2007). Illness representations among patients with type 2 diabetes and their partners: relationships with self-management behaviors. *Journal psychosomatic Research*, 63 (2), 175-184.
- Searle, A., Wetherell, M.A., Campbell, R., Dayan, C., Weinman, J. & Vedhara, K. (2008). Do patients' beliefs about type 2 diabetes differ in accordance with complications: an investigation into diabetic foot ulceration and retinopathy. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15 (3), 173-179.
- Sharpe, L., Sensky, T. & Allard, S. (2001). The course of depression in recent onset rheumatoid arthritis - The predictive role of disability, illness perceptions, pain and coping. *Journal of Psychosomatic Research*, 51, 713-719.
- Skinner, T.C., Hampson, S.E. & Fife-Schaw, C. (2002). Personality, personal model beliefs, and self-care in adolescents and young adults with type 1 diabetes. *Health Psychology*, 21, 61-70.
- Sluiter, J.K. & Frings-Dresen, M.H. (2008). Quality of life and illness perception in working and sick-listed chronic RSI patients. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 81 (4), 495-501.
- Stockford, K., Turner, H. & Cooper, M. (2007). Illness perception and its relationship to readiness to change in the eating disorders: a preliminary investigation. *British Journal Clinical Psychology*, 46 (2), 139-154.
- Taylor, S. (2007). *Psicología de la Salud* (6ª. ed.). México, D.F.: McGraw-Hill.
- Thornton, R. & Ballard, K. (2008). Why military personnel fail to keep medical appointments. *Journal of the Royal Army Medical Corps*, 154 (1), 26-30.
- Trovato, G.M., Catalano, D., Martines, G.F., Spadaro, D., Garufi, G., Di Corrado, D., et al. (2006). Illness perception questionnaire (IPQ-R): an useful paradigm in chronic disease. *Recenti Progressi in Medicina*, 97 (3), 129-133.
- van Ittersum, M.W., van Wilgen, C.P., Hilberdink, W.K.H.A., Groothoff, J.W. & van der Schans, C.P. (2009). Illness perceptions in patients with fibromyalgia. *Patient Education and Counseling*, 74 (1), 53-60.
- van Wilgen, C.P., van Ittersum, M.W., Kaptein, A.A. & van Wijhe, M. (2008). Illness Perceptions in Patients With Fibromyalgia and Their Relationship to Quality of Life and Catastrophizing. *Arthritis y Rheumatism*, 58 (11), 3618-3626.
- Vileikyte, L., González, J.S., Leventhal, H., Peyrot, M.F., Rubin, R.R., Garrow, A., et al., (2006). Patient Interpretation of Neuropathy (PIN) Questionnaire: An instrument for assessment of cognitive and emotional factors associated with foot self-care. *Diabetes Care*, 29, 2617-2624.
- Walker, C., Papadopoulos, L., Lipton, M. & Hussein, M. (2006). The importance

- of children's illness beliefs: the Children's Illness Perception Questionnaire (CIPQ) as a reliable assessment tool for eczema and asthma. *Psychology Health and Medicine*, 11 (1), 100-107.
- Weinman, J. & Petrie, K.J. (1997). Illness perceptions: a new paradigm for psychosomatics?. *Journal of Psychosomatic Research*, 42, 113-116.
- Weinman, J., Petrie, K.J., Moss-Morris, R. & Horne, R. (1996). The Illness Perception Questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology Health*, 11, 431-446.
- Whitmarsh, A., Koutantji, M. & Sidell, K. (2003). Illness Perception, mood and coping in predicting attendance at cardiac rehabilitation. *British Journal of Health Psychology*, 8, 209-221.
- Wittkowski, A., Richards, H.L., Williams, J. & Main, C.L. (2008). Factor analysis of the Revised Illness Perception Questionnaire in adults with atopic dermatitis. *Psychology Health and Medicine*, 13 (3), 346-59.