



ORIGINAL

Percepción en enfermedades crónicas: validación lingüística del *Illness Perception Questionnaire Revised* y del *Brief Illness Perception Questionnaire* para la población española

Valeria Pacheco-Huergo^{a,b,*}, Carme Viladrich^c, Enriqueta Pujol-Ribera^d, Carmen Cabezas-Peña^e, Montserrat Núñez^f, Pilar Roura-Olmeda^g, Ester Amado-Guirado^h, Esther Núñezⁱ y José Luis del VALⁱ, en representación del Grupo IPQ-R[◇]

^a Departament de Medicina, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, España

^b Equipo de Atención Primaria Vilapicina, SAP Muntanya, Institut Català de la Salut, Barcelona, España

^c Departament de Psicobiologia i Metodologia de les Ciències de la Salut, Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra, España

^d Institut IDIAP Jordi Gol i Gurina, Barcelona, España

^e Subdirecció General de Promoció de la Salut, Departament de Salut de Generalitat de Catalunya, Barcelona, España

^f Servicio de Reumatología, Hospital Clínic e IDIBAPS, Barcelona, España

^g Equipo Atención Primaria Badia del Vallés, SAP Cerdanyola-Ripollet, Institut Català de la Salut, Cerdanyola, España

^h Coordinadora de Farmacia de Barcelona Ciudad, Institut Català de la Salut, Barcelona, España

ⁱ SAP Suport al Diagnòstic i al Tractament, Institut Català de la Salut, Barcelona, España

Recibido el 15 de septiembre de 2010; aceptado el 24 de noviembre de 2010

Disponible en Internet el 28 de septiembre de 2011

PALABRAS CLAVE

Enfermedades crónicas;
Percepción;
Cuestionarios;
Validación;
Atención primaria

Resumen

Objetivo: Obtener versiones adaptadas para la población española de una versión específica del *Illness Perception Questionnaire Revised* (IPQ-R_e) y el *Brief Illness Perception Questionnaire* (BIPQ), conceptual y lingüísticamente equivalentes a los originales.

Diseño: Adaptación cultural de cuestionarios: validación lingüística.

Emplazamiento: Cinco equipos de atención primaria y un hospital de tercer nivel.

Participantes: Se seleccionó un equipo investigador multidisciplinario. Se realizó un estudio piloto en 30 pacientes con enfermedades crónicas (hipertensión, diabetes mellitus tipo 2, cardiopatía isquémica estable, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica o artrosis).

Método: Se procedió en 3 fases: I) doble traducción, II) estudio piloto y III) doble retrotraducción. Se realizaron 3 reuniones de consenso, una en cada fase y otra con uno de los autores del cuestionario original. En esta última se conoció el BIPQ, una versión reducida del IPQ-R. Se decidió incluir su validación realizando una doble traducción, doble retrotraducción y consenso en ambas etapas.

Resultados: Fase I) La mayoría de ítems del IPQ-R_e no planteó problemas de traducción. Fase II) En el estudio piloto se detectaron algunas dificultades para la autoadministración y la

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: vpachecohuergo@gmail.com (V. Pacheco-Huergo).

◇ Información sobre el grupo disponible en el Anexo A.

comprensión de algunos ítems. Se decidió disponer de entrevistadores entrenados, introducir cambios en el vocabulario y formato del cuestionario y adaptar una versión específica con menor cantidad de ítems, que solventaba gran parte de las dificultades encontradas. Fase III) Las retrotraducciones fueron muy similares al cuestionario original. El proceso de traducción-retrotraducción del BIPQ no presentó dificultades.

Conclusiones: Tras la validación lingüística del IPQ-R_e y del BIPQ, se obtuvieron versiones conceptual y lingüísticamente equivalentes a los cuestionarios originales.

© 2010 Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Chronic illnesses;
Perception;
Questionnaires;
Validation studies;
Primary health care

Perception in chronic illnesses: linguistic validation of the revised *Illness Perception Questionnaire* and the *Brief Illness Perception Questionnaire* for a Spanish population

Abstract

Objective: To obtain adapted versions for the Spanish population of a specific version of the Revised *Illness Perception Questionnaire Revised* (IPQ-R_e) and the *Brief Illness Perception Questionnaire* (BIPQ), conceptually and linguistically equivalent to the original questionnaires.

Design: Cultural adaptation of questionnaires: linguistic validation.

Setting: Five primary care centres and a tertiary hospital.

Participants: A multidisciplinary team was selected. A pilot study was performed on 30 people with chronic diseases (hypertension, diabetes mellitus, stable ischaemic heart disease, asthma, chronic obstructive pulmonary disease or osteoarthritis)

Method: The project proceeded in 3 phases: I) Double forward-translation, II) Pilot study and III) Double back-translation. Three consensus meetings were held, one in each phase. Another meeting was held with one of the authors of the original questionnaire, where we knew about a short version, the BIPQ. It was also included in the study. Double forward and back-translations were performed and consensus was reached in both stages.

Results: Phase I) The majority of IPQ-R_e items did not raise problems of translation. Phase II) In the pilot study we detected that patients found some difficulties in connection with the comprehension and self administration of some items. Therefore it was decided to employ trained interviewers, to introduce changes in the IPQ-R_e format and vocabulary and to adapt a specific version with fewer items that solved most of these difficulties Phase III) Back-translations were very similar to the original version. The BIPQ forward and back-translation process caused no difficulties.

Conclusions: After linguistic validation, IPQ-R_e and BIPQ versions conceptually and linguistically equivalent to original instruments were obtained.

© 2010 Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Introducción

Actualmente, uno de los grandes problemas de los sistemas de salud es dar respuesta a las enfermedades crónicas (EC)¹. En Cataluña se estima que 3 de cada 4 personas tienen al menos una EC². Su prevalencia ha ido en aumento y se prevé que esta tendencia continuará en los próximos años. A pesar de los importantes avances en el diagnóstico y tratamiento de estas enfermedades, su control no se corresponde con el esperado^{1,2}.

Controlar una EC comporta conocer y adaptarse a dicha enfermedad^{3,4}. Existen diferentes modelos para explicar la adaptación de las personas frente a su enfermedad. El Modelo de Autorregulación de Sentido Común (*Common Sense of Self-Regulation Model*), propuesto por Leventhal en los años 1980, ha generado un creciente interés⁵⁻⁸. De acuerdo con el mismo, la representación de la enfermedad se organiza en 3 etapas (fig. 1):

1. Las personas perciben una amenaza para la salud y desarrollan en paralelo una representación cognitiva del problema y de las emociones que lo acompañan.
2. Estas representaciones generan intentos de regulación a través de planes de acción o afrontamiento.
3. Se valoran las consecuencias de dichas acciones y, en sucesivos episodios, se regula la respuesta mediante un sistema continuo de *feedback*.

Basándose en el resultado de entrevistas abiertas, Leventhal propuso que la representación cognitiva de la enfermedad estaba compuesta por 5 dimensiones interrelacionadas (*identidad, causa, duración, consecuencias y control/curación*). El *Illness Perception Questionnaire*⁹ se desarrolló para recoger de forma estandarizada estas 5 dimensiones. Posteriormente, se propuso una versión revisada, el IPQ-R, cuyas diferencias más relevantes fueron la división de las dimensiones *duración* (*duración*

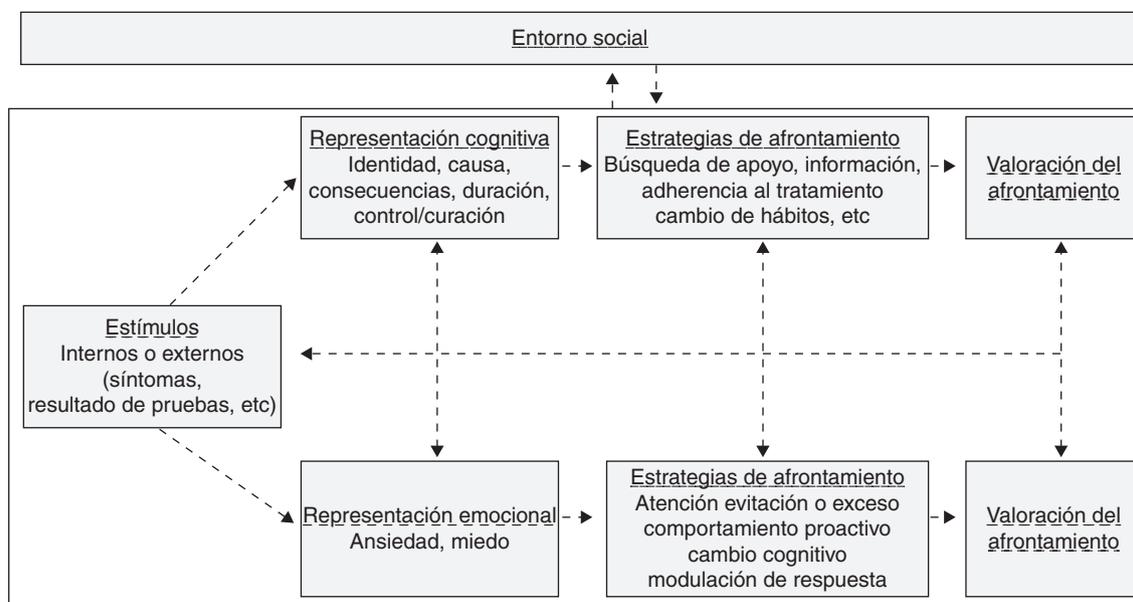


Figura 1 Modelo de Autorregulación de Sentido Común del comportamiento de la salud y la enfermedad. Adaptado de *Health Psychology*, editado por Kaptain A, Weinman J. Blackwell Publishing; 1.ª ed. 2004.

aguda/crónica y duración cíclica) y control/curación (control personal y control atribuible al tratamiento) y la incorporación de 2 nuevas subescalas: representaciones emocionales y coherencia. Esta versión demostró además tener buenas propiedades psicométricas¹⁰. Desde su creación, ambos instrumentos han experimentado una creciente internacionalización y han sido utilizados en más de 150 estudios.

Posteriormente se desarrolló una versión reducida, el BIPQ, que también demostró adecuadas propiedades psicométricas¹¹.

En el momento de iniciar este proyecto en el año 2003, tras comprobar que no se identificaban estudios publicados en español del IPQ-R, nos propusimos adaptarlo a la población española para disponer de nuevas herramientas para el abordaje de EC, evaluar su aplicabilidad en la práctica asistencial y profundizar en el conocimiento de la representación de la enfermedad en nuestra cultura. Tras el desarrollo del BIPQ, se decidió adaptar también este instrumento por su mayor aplicabilidad en el contexto de atención primaria¹². El objetivo del estudio es obtener versiones adaptadas a la población española de ambos cuestionarios, conceptual y lingüísticamente equivalentes a los originales.

Material y método

IPQ-R genérico

Está estructurado en 3 apartados:

1. *Identidad*, con 14 ítems y 2 subescalas (*síntomas experimentados y relación con la enfermedad*). Ambas se valoran con opción de respuesta sí/no.

2. *IPQ-R General*, con 38 ítems y 7 subescalas (duración aguda/crónica, duración cíclica, control personal, control del tratamiento, consecuencias, respuesta emocional y coherencia).
3. *IPQ-R Causas*, con 18 ítems y 4 subescalas.

Estos 2 últimos apartados se valoran mediante una escala tipo Likert, con 5 puntos de anclaje, que van desde «totalmente en desacuerdo» a «totalmente de acuerdo».

IPQ-R específico para hipertensión

Se mantienen los 3 apartados con algunos cambios:

1. *Identidad*, con 18 ítems y 3 subescalas (*síntomas experimentados*, que se valora con opción de respuesta sí/no, y *relación con la enfermedad*, y con *el tratamiento*, con incorporan la opción no sé).
2. *IPQ-R General*, reducido a 26 ítems, mantiene las 7 subescalas del cuestionario genérico.
3. *IPQ-R Causas* no presenta cambios.

BIPQ

Se compone de 9 ítems, uno para el apartado Identidad y 7 para el apartado IPQ-R General, representado por las subescalas consecuencias, duración, control personal y control del tratamiento, representaciones emocionales y coherencia (duración cíclica no queda representada). Estos 8 primeros ítems se valoran mediante una escala del 0 al 10, en función del grado de acuerdo con los enunciados propuestos. El último ítem, causas, de respuesta abierta, se evalúa citando las 3 respuestas más importantes que se cree que causaron la enfermedad.

Diseño

Se seleccionó un equipo investigador (EI) multidisciplinario constituido por un panel de 5 médicos clínicos expertos en las enfermedades estudiadas y otros 7 profesionales de la salud de diversas disciplinas: una enfermera, una farmacéutica, una socióloga y una psicóloga experta en psicometría y otros tres médicos especializados en investigación clínica.

En esta primera etapa de la adaptación cultural, denominada también validación lingüística por Acquadro¹³, se siguió la metodología doble traducción-doble retrotraducción¹³⁻¹⁶. El proceso se desarrolló en 3 fases como muestra el Esquema del estudio, cada una de las cuales fue documentada^{13,17}.

Fase 1. Traducción y primera reunión de consenso. Dos traductores profesionales bilingües en inglés, de lengua materna española, realizaron 2 traducciones independientes (T1 y T2).

Mientras este proyecto estaba en curso se publicó en la web oficial del cuestionario una versión del IPQ-R para hemofilia adaptada para la población española¹⁸. Tras contactar con su autor, este nos remitió a los realizadores de su validación lingüística. Se habían llevado a cabo una traducción y una retrotraducción y no había documentación escrita del proceso. Se decidió continuar la validación iniciada e incluir la armonización con esta versión (T3).

Se convocó la primera reunión con los traductores de T1 y T2 y 2 personas del EI. Se revisaron de forma sistemática las preguntas e instrucciones de ambas traducciones y de T3 y se discutieron sus diferencias lingüísticas y conceptuales hasta obtener por consenso la primera versión (IPQ-R_{v1}).

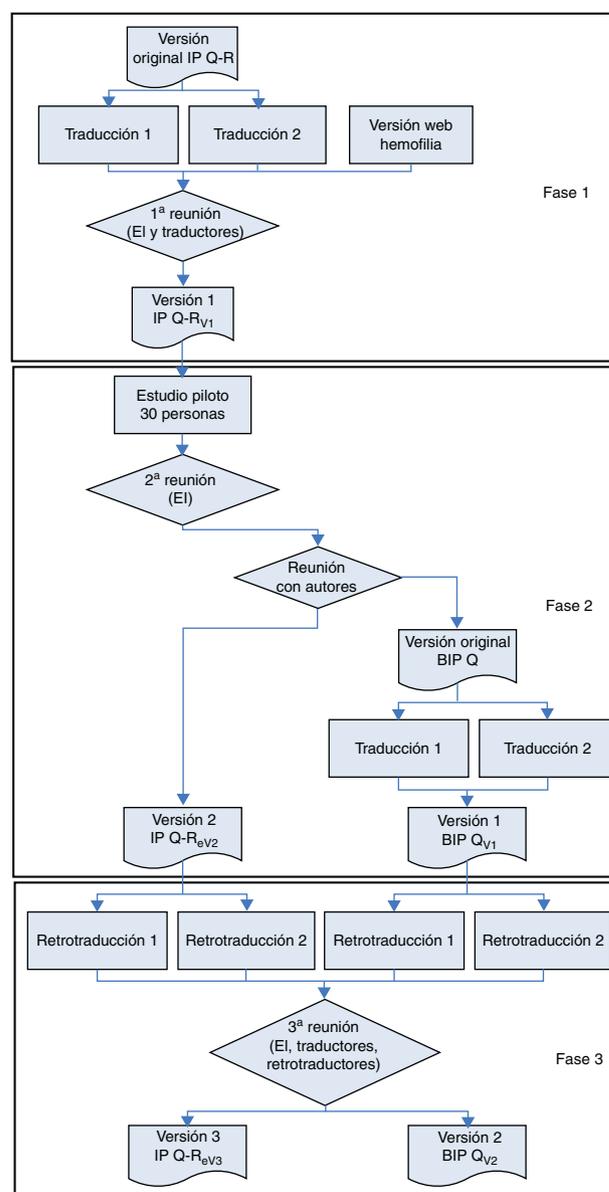
Fase 2. Estudio piloto, segunda reunión de consenso y reunión con autores. Se realizó un estudio piloto para valorar la aplicabilidad de IPQ-R_{v1} (forma y tiempo de administración, comprensión y aceptabilidad) en una muestra de conveniencia de 30 pacientes. Las entrevistas se llevaron a cabo en un hospital de tercer nivel y 5 centros de atención primaria (AP) y fueron administradas por 6 personas expertas en las EC estudiadas.

En la 2.ª reunión se convocó a todo el EI y se pusieron en común las dificultades detectadas y las posibles soluciones a las mismas.

A continuación se llevó a cabo una reunión con el Dr. Weinman, uno de los autores del cuestionario para comentar las dificultades detectadas en el estudio piloto y algunas soluciones sugeridas por el EI, tras la cual se obtuvo una segunda versión (IPQ-R_{ev2}).

En esta reunión se conoció la reciente elaboración de una versión corta, el BIPQ, cuya validación estaba en proceso de publicación. Se decidió incorporar su adaptación al proyecto y, tras realizar 2 traducciones independientes, se discutieron sus diferencias lingüísticas y conceptuales hasta obtener una versión consensuada (BIPQ_{v1}).

Fase 3. Retrotraducción y tercera reunión de consenso. Dos traductores profesionales bilingües, de lengua materna inglesa, realizaron 2 retrotraducciones independientes al idioma original de ambos cuestionarios. A continuación, se realizó la 3.ª reunión, a la que, además del EI, se convocó a los traductores y retrotraductores. Se compararon las retrotraducciones con las versiones originales y se discutieron sus diferencias lingüísticas y conceptuales hasta obtener por consenso las versiones pre-test (IPQ-R_{ev3} y BIPQ_{v2}).



Esquema general del estudio: Fases de la validación lingüística del IPQ-R_e y del BIPQ.

Resultados

Fase 1. Traducción y primera reunión de consenso

Hubo pocos problemas en la traducción del IPQ-R. De los 70 ítems, 3 presentaron cierta dificultad:

- IP16: *I have the power*: Se consideró que «tengo el poder» no era una traducción adecuada en nuestro entorno cultural. Se optó por «tengo la capacidad».
- IP17: No se encontró una traducción literal para la palabra *outcome*, que fue traducida como el «desarrollo» o el «resultado» de mi enfermedad. La opción «desenlace» se consideró inexacta porque tenía la connotación de evento

final. Finalmente se escogió el término «evolución», considerando que era más coloquial y se entendía mejor.

- IP24: No se encontró una palabra para *puzzling*, que fue traducido como «difícil de entender» y «me deja perplejo». Se optó por la primera expresión.

En general ambas traducciones, así como la versión para hemofilia, fueron muy similares (tablas 2, 3, y 4, Anexos de la versión electrónica).

Fase 2. Estudio piloto, segunda reunión de consenso y reunión con autores

Las personas más jóvenes o de nivel educativo y socioeconómico más elevado cumplieron el cuestionario de forma autoadministrada sin problemas, mientras que las mayores, o de nivel educativo y socioeconómico más bajo, requirieron ayuda. Asimismo, se detectaron dificultades de comprensión relacionadas con el formato y el vocabulario de algunos ítems (tabla 1).

En la segunda reunión se decidió la incorporación de entrevistadores entrenados para ofrecer ayuda y/o heteroadministración en las personas que lo precisaran. También se propusieron algunos cambios de formato para facilitar la autoadministración, como el sombreado alternado para diferenciar las líneas horizontales, y la clarificación de las opciones de respuesta (sí, sobre las opciones «de acuerdo» y «totalmente de acuerdo», y no, sobre las opciones «en desacuerdo» y «totalmente en desacuerdo»). Además, se consensuaron explicaciones del vocabulario en aquellos ítems que habían presentado dificultades de comprensión (tablas 2, 3, y 4, Anexos de versión electrónica).

En la reunión con el Dr. Weinman, se consideraron estos cambios y estuvo de acuerdo con los mismos. Asimismo, se le comentó que la versión específica para hipertensión desarrollada por el Dr. Horne tenía algunas características que aportaban soluciones a muchos de los problemas detectados por nuestro grupo (tabla 1).

Tras contactar con su autor, se decidió adoptar la estructura de esta versión específica para todas las EC que se estaban validando y se incluyeron los cambios comentados más arriba, obteniéndose el IPQ-R_{ev2}.

En relación al BIPQ, las traducciones no presentaron dificultades y no hubo diferencias entre ambas versiones, excepto por algún matiz en un par de ítems:

- B4: *Symptoms* se tradujo como «síntomas» y como «molestias». Se decidió conservar ambos términos.
- B6: *Can help your illness* se tradujo como «puede ayudar» y «puede ayudarle a mejorar».

Tras consensuar las traducciones se obtuvo el BIPQ_{v1} (tabla 5, Anexos de versión electrónica).

Fases 3. Retrotraducción y tercera reunión de consenso

Ambas retrotraducciones fueron muy similares a los cuestionarios originales.

Tabla 1 Dificultades detectadas durante el estudio piloto y soluciones aportadas por la versión específica para hipertensión

| Dificultades detectadas durante el estudio piloto | Soluciones aportadas por la versión específica para hipertensión desarrollada por Dr. Horne et al. |
|--|---|
| Confusión entre líneas | El apartado <i>Identidad</i> , que en el estudio original era el primero, quedaba colocado como segundo apartado |
| Dificultad en la comprensión de una escala de Likert de 5 categorías. Tendencia a respuestas dicotómicas del tipo sí-no | Además de las subescalas: <i>síntomas experimentados</i> y <i>síntomas relacionados con la enfermedad</i> , se agregaba una tercera: <i>síntomas relacionados con la medicación</i> |
| Opción de respuesta tipo sí-no de la subescala <i>síntomas relacionados con la enfermedad</i> del apartado <i>Identidad</i> . Muchas personas referían no saber si sus síntomas estaban relacionados con la enfermedad. Otras atribuían sus síntomas a la medicación | Para estas 2 últimas subescalas se agregaba la opción de respuesta no sé |
| Falta de sentido de ítems de síntomas en personas asintomáticas | Los ítems relacionados con los síntomas (IP24, IP29 e IP30) quedaban a continuación del apartado <i>Identidad</i> , de tal manera que tenían sentido en el caso de personas asintomáticas |
| Falta de sentido de ítems sobre control del tratamiento en personas controladas sin fármacos | El ítem de control de tratamiento era previo al de curación |
| En la subescala <i>control de tratamiento</i> , el ítem relacionado con curación colocado antes que el de control de la enfermedad | Se eliminaban 12 ítems inversos, incluyendo los 8 en los cuales se había detectado dificultades |
| Dificultad en la comprensión de muchos ítems inversos IP4, 8, 15, 17, 23, 27, 28, 36 | Los ítems de las diferentes subescalas se presentaban de manera aleatoria haciendo que el contenido fuera menos reiterativo |
| Dificultad en la comprensión del vocabulario de algunos otros ítems: IP16, 28, 30, 31, 37, 38 (véase texto) | Tenía la ventaja de ser más corto |
| Los ítems de cada una de las subescalas se presentaban de manera consecutiva haciendo su contenido muy reiterativo | |

En relación con el IPQ-R, las dudas más relevantes se concentraron en los siguientes ítems:

- IP7. *My illness has major consequences on my life*: ambas traducciones coincidieron en la expresión «consecuencias importantes». Aunque las retrotraducciones *major* y *serious* no se consideraron equivalentes, se optó por mantener «importantes» ya que culturalmente se consideró más apropiado.

- IP11. *My illness causes difficulties for those who are close to me*: Se discutieron diferentes interpretaciones de *close*, optándose finalmente por redactar el ítem de la siguiente forma: «Mi enfermedad causa dificultades a los que me rodean (familiares, amigos cercanos)».
- IP16. *I have the power to influence my illness*: la decisión de traducirlo como «tengo la capacidad de influir en mi enfermedad» comportó que las retrotraducciones resultaran con un matiz más suave que el original.

Las diferencias encontradas en algunos ítems fueron consecuencia de los cambios realizados tras el estudio piloto para mejorar la comprensión del cuestionario (por ejemplo, «microbio», en vez de «germen»; «de las defensas», en vez de «alteración de la inmunidad», etc.). En muchos casos se optó por conservar las traducciones originales y, entre paréntesis, las aclaraciones.

En relación al BIPQ, hubo algún ítem con un matiz diferente al original:

- B6. Las traducciones coincidieron en «Qué comprensión tiene de su...» pero se consensuó una frase más coloquial: «Entiende en qué consiste su...», que dio lugar a una retrotraducción similar al original: *How well do you understand what is your illness*, con el agregado *-and how it works*.

Tras consensuar las diferencias encontradas se elaboraron las versiones finales pre-test IPQ-R_{ev3} y BIPQ_{v2}.

Discusión

El objetivo de este estudio fue obtener versiones adaptadas a la población española del IPQ-R y del BIPQ, conceptual y lingüísticamente equivalentes a los cuestionarios originales. Para ello se siguió un método estandarizado, se contó con un equipo multidisciplinario de 16 personas, por encima del mínimo recomendado de 15¹³, compuesto por expertos en metodología, clínica y lingüística.

En la fase I, de acuerdo con las recomendaciones de la literatura médica, se realizaron 2 traducciones independientes del IPQ-R¹³⁻¹⁶. Durante el proyecto se conoció la existencia de otra versión del cuestionario adaptada en población española, en cuya validación no se habían seguido algunas de estas recomendaciones. Se decidió continuar el proceso previsto, incorporando la armonización con dicha versión, lo que aporta, según algunos autores, una mayor calidad al proceso^{15,19}.

Durante la fase II, el estudio piloto permitió detectar dificultades en el proceso de respuesta en las personas de mayor edad, con una alta prevalencia de EC y las de menor nivel socioeconómico, con alta frecuentación del sistema de salud, es decir, en quienes la exploración de la

percepción de EC es de especial interés. Aunque muchas guías de adaptación cultural de cuestionarios describen esta fase después de la retrotraducción, estudios publicados recientemente han procedido también en este orden, que aumenta las garantías de que la versión retrotraducida sea aplicable a la población diana²⁰. En este sentido, para facilitar la aplicabilidad del IPQ-R en este grupo de personas se introdujeron cambios en su formato y vocabulario y se incorporaron entrevistadores entrenados. Por otra parte, tal como se ha argumentado en el apartado de resultados, se decidió utilizar una versión específica para hipertensión que solucionaba muchas de las dificultades detectadas y aportaba diversas ventajas, como una estructura más adecuada para explorar enfermedades asintomáticas, la posibilidad de relacionar los síntomas experimentados con el tratamiento y analizar su influencia en el cumplimiento. Asimismo, esta versión excluía gran parte de los ítems inversos, restando dificultades al proceso de respuesta. Además, el apartado *IPQ-R_e General* era más corto, lo cual disminuía la carga para el entrevistado y entrevistador y facilitaba aún más su aplicabilidad en nuestro contexto¹¹. Por último, los ítems de las subescalas no se agrupaban de manera consecutiva, eliminando fuentes de problemas comentados por otros autores²¹⁻²³ y haciendo el cuestionario menos reiterativo. Por estos motivos se decidió utilizar esta versión en todas las enfermedades estudiadas, a pesar de que no se disponía de un estudio de validación publicado de la misma.

En la fase III, siguiendo también las recomendaciones de la literatura, se llevó a cabo más de una retrotraducción¹³⁻¹⁶.

No se dispone de suficiente información del proceso de validación lingüística del IPQ-R en otras poblaciones con idiomas diferentes al cuestionario original para poder comparar estos resultados. En los estudios identificados no se comentan el número de traducciones o retrotraducciones realizadas²¹⁻²⁶ y solo en 2 de ellos se menciona la realización de un estudio piloto^{21,26}.

La validación lingüística del BIPQ no presentó dificultades. Sin embargo, cabe señalar como limitación que, en el momento de su incorporación al proyecto, el estudio piloto ya había sido realizado. Dada la facilidad en su traducción y retrotraducción, tras considerar que los ítems eran muy similares a los del IPQ-R, se obvió su realización.

Tampoco se ha encontrado información específica del proceso de validación lingüística del BIPQ en estudios llevados a cabo en idiomas diferentes al original²⁷⁻³⁰.

En resumen, se ha llevado a cabo la validación lingüística del IPQ-R_e y del BIPQ en población española teniendo en cuenta su equivalencia con los instrumentos originales y posterior aplicabilidad para la atención de personas con EC. Sus propiedades psicométricas están siendo analizadas y serán susceptibles de próximas publicaciones.

Lo conocido sobre el tema

- Actualmente uno de los grandes problemas de los sistemas de salud es dar respuesta a la creciente prevalencia de enfermedades crónicas.
- La exploración de las percepciones que las personas tienen de su enfermedad permite desarrollar intervenciones que tengan en cuenta su perspectiva y disminuir posteriores dificultades en su tratamiento.
- El IPQ-R es el instrumento internacional más utilizado para medir la percepción de enfermedad, mientras que el BIPQ es una versión corta desarrollada para ser utilizada en situaciones con menor disponibilidad de tiempo.

Qué aporta este estudio

- Se aportan 2 instrumentos para el estudio de la percepción de la enfermedad como estrategia en el abordaje de enfermedades crónicas.
- Se dispone de versiones del IPQ-Re y del BIPQ equivalentes a los cuestionarios originales desde el punto de vista conceptual y lingüístico, y aplicables a la población española.
- Quedan por verificar, en próximos estudios, sus propiedades psicométricas.

Financiación

Este trabajo se ha realizado con el apoyo de una beca del Fondo de Investigación de Salud Carlos III «Adaptación cultural y lingüística de un cuestionario de medida de percepción de la enfermedad (IPQ-R: Illness Perception Questionnaire Revised)» (referencia PI031649) y ha contado con la Ayuda para la realización de Tesis Doctorales del Instituto IDIAP Jordi Gol y de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

Traductores: *Anna Larripa*, Institut Català del la Salut, Àmbit Barcelona, graduada en Traducción e Interpretación, UAB Universitat Autònoma de Barcelona; *Silvia Milián*, Escola Cooperativa El Puig, Esparraguera, Barcelona, Graduada en Traducción e Interpretación, UAB Universitat Autònoma de Barcelona, M.A. en Lingüística, University of South Carolina, EE.UU., ABD Doctorado.

Retrotraductores: *Patrick Zabalbeascoa*, profesor titular del Departamento de Traducción y Ciencias del Lenguaje, Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, Licenciado en Filología Inglesa, Universidad de Barcelona, doctor en Filología Inglesa (traducción), Universitat de Lleida; *John Beattie*, profesor colaborador del Departamento de Traducción y

Ciencias del Lenguaje. Universitat Pompeu Fabra, Barcelona, Licenciado en Filología Española, Queen's University de Belfast.

Doctor en Teoría de la Traducción, Universitat Autònoma de Barcelona, Autor del IPQ-R Genérico; *John Weinman*, Professor of Psychology as applied to Medicine, Head of Health Psychology Section, Co-Director of MSc in Health Psychology, Guy's, King's, and St Thomas's School of Medicine, Autor del IPQ-R específico para hipertensión; *Rob Horne*, Professor of Behavioural Medicine-The School of Pharmacy-University of London-Director, Centre for Behavioural Medicine, Department of Practice and Policy.

Se agradece a los centros de atención primaria del Institut Català de la Salut en los que se realizó este estudio, ABS Vilapicina, ABS Chafarinas, ABS La Mina, ABS Marc Aureli, ABS Badia y ABS Bescanó, así como también Servicio de Reumatología del Hospital Clínico. Asimismo se agradece al Institut IDIAP Jordi Gol su colaboración y apoyo en la puesta en marcha y realización de este proyecto.

Anexo A.

Grupo IPQ-R: Valeria Pacheco Huergo, Carmen Cabezas Peña, Carme Viladrich, Enriqueta Pujol Ribera, Montserrat Nuñez Juárez, Pilar Roura Olmeda, Esther Nuñez Juárez, José Luis del Val García, Ester Amado Guirado, Laia Alemany Vilches, Francesc Orfila Pernas, Anna Navarro Baixeras, Silvia Acosta García, Raquel Peiró Sabaté, Xavier Farre Perise, Sergi Ortiz Alinque, Anna Vilaseca i Ribas, Maria del Mar Torrens Darder, Ferran Santaulària Font, Ma.Àngels Gisbert i Ametller, Laura Guerrero Caballero, Emma Picart Puertas, Elena Marín Porta, Vanessa Durán. Miriam Mulero Collantes, Ma Isabel Colas Taugis, Teresa Garzón Garzón, Laura Rubio Ortiz, Iskra Ligüerre Casals, Elena Artal Travería, Xavier Flor Escriche, Ma del Mar Fraga, Ana Farràn, Esteve Avellana Revuelta, Miquel Quesada Sabaté, Griselda Gasulla Pascual, Francesc Solé Sancho, Milagros Iglesias Martínez, Ma Carmen Yuste Marco José Francisco Doz Mora, Lucas Mengual Martínez, Josep María Bonet Simo, Rafael Azagra Ledesma, Mariano de la Figuera Von Wichmann, Clara Pareja Rossell, Ernest Vinyoles Bargalló, Carlos de Juan Asenjo, Joan Salvatella Pamies, Carme Gallego Bademunt, Carme Tous Ballart, Fernando Marco Cardona, Fernando, Ma Remedios Ferrer Ruscalleda, Victoria Coll Garriga).

Anexo. Material adicional

Se puede consultar material adicional a este artículo en su versión electrónica disponible en doi:10.1016/j.aprim.2010.11.022.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Chronic diseases and health promotion [accedido 10 Apr 2008]. Disponible en: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/part1/es/index.html.
2. Generalitat de Catalunya, Departament de Salut Datos más destacados de la Encuesta de Salud de Cataluña 2006 [accedido 25 Jan 2009]. Disponible en: <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir1946/doc11893.html>.

3. Petrie KJ, Jago LA, Devcich DA. The role of illness perceptions in patients with medical conditions. *Curr Opin Psychiatry*. 2007;20:163–7.
4. Frosthalm L, Oernboel E, Christensen KS, Toft T, Olesen F, Weinman JA, et al. Do illness perceptions predict health outcomes in primary care patients? A 2-year follow-up study. *J Psychosom Res*. 2007;62:129–38.
5. Leventhal H, Meyer D, Nerenz DR. The common sense representation of illness danger. En: Rachman S, editor. *Contributions to Medical Psychology*. New York: Pergamon Press; 1980. p. 17–30.
6. Cameron L, Leventhal H. *The Self-Regulation of Health and Illness Behaviour*. London: Routledge; 2003. pp. 42–65.
7. Hagger M. A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychol Health*. 2003;18:141–84.
8. Maas M, Taal E, van der LS, Boonen A. A review of instruments to assess illness representations in patients with rheumatic diseases. *Ann Rheum Dis*. 2009;68:305–9.
9. Weinman JA. The illness perception questionnaire: a new measure for assessing the cognitive representation of illness. *Psychol Health*. 1996;11:431.
10. Moss-Morris R. The revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychol Health*. 2002;17:1.
11. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman JA. The Brief Illness Perception Questionnaire. *J Psychosom Res*. 2006;60:631–7.
12. Badia X, Baro E. Cuestionarios de salud en España y su uso en Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2001;28:349–56.
13. Acquadro C, Conway K, Hareendran A, Aaronson N. Literature review of methods to translate health-related quality of life questionnaires for use in multinational clinical trials. *Value Health*. 2008;11:509–21.
14. Scientific Advisory Committee of the Medical Outcomes Trust. Assessing health status and quality-of-life instruments: attributes and review criteria. *Qual Life Res*. 2002;11:193–205.
15. Valderas JM, Ferrer M, Alonso J. Instrumentos de medida de calidad de vida relacionada con la salud y de otros resultados percibidos por los pacientes. *Med Clin (Barc)*. 2005;125:56–60.
16. Valderas JM, Ferrer M, Mendivil J, Garin O, Rajmil L, Herdman M, et al. Development of EMPRO: A Tool for the Standardized Assessment of Patient-Reported Outcome Measures. *Value Health*. 2008;11:700–8.
17. Herdman M, Fox-Rushby J, Badia X. A model of equivalence in the cultural adaptation of HRQoL instruments: the universalist approach. *Qual Life Res*. 1998;7:323–35.
18. The Illness Perception Questionnaire Website. [consultado 28/1/2003]. Disponible en: <http://www.uib.no/ipq>.
19. Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, et al. Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value Health*. 2005;8:94–104.
20. Villalonga-Olives E, Valderas JM, Palacio-Vieira JA, Herdman M, Rajmil L, Alonso J. The adaptation into Spanish of the Coddington Life Events Scales (CLES). *Qual Life Res*. 2008;17:447–52.
21. Cabassa LJ, Lagomasino IT, Dwight-Johnson M, Hansen MC, Xie B. Measuring Latinos' perceptions of depression: a confirmatory factor analysis of the Illness Perception Questionnaire. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol*. 2008;14:377–84.
22. Chen SL, Tsai JC, Lee WL. Psychometric validation of the Chinese version of the Illness Perception Questionnaire-Revised for patients with hypertension. *J Adv Nurs*. 2008;64:524–34.
23. Quiles Marcos Y, Terol Cantero MC, Tirado González S, Beléndez Vázquez M. Estructura factorial de la versión española del cuestionario de percepción de enfermedad revisado (IPQ-R) en pacientes con un trastorno del comportamiento alimentario y sus familiares. *C Med Psicocom*. 2007;83:9–22.
24. Beléndez Vázquez M, Bermejo Alegría RM, García Ayala MD. Estructura factorial de la versión española del Revised Illness Perception Questionnaire en una muestra de hipertensos. *Psicothema*. 2005;17:318–24.
25. Quiles Marcos Y, Terol Cantero MC, Romero Escobar C, Pagan Acosta G. Illness perception in eating disorders and psychosocial adaptation. *Eur Eat Disord Rev*. 2007;15:373–84.
26. Giannousi Z, Manaras I, Georgoulas V, Samonis G. Illness perceptions in Greek patients with cancer: a validation of the Revised-Illness Perception Questionnaire. *Psycho-Oncol*. 2010;19:85–92.
27. Lanteri-Minet M, Massiou H, Nachit-Ouinekh F, Lucas C, Pradalier A, Radat F, et al. The GRIM 2005 study of migraine consultation in France I. Determinants of consultation for migraine headache in France. *Cephalalgia*. 2007;27:1386–97.
28. Sluiter JK, Frings-Dresen MH. Quality of life and illness perception in working and sick-listed chronic RSI patients. *Int Arch Occup Environ Health*. 2008;81:495–501.
29. Radat F, Lanteri-Minet M, Nachit-Ouinekh F, Massiou H, Lucas C, Pradalier A, et al. The GRIM 2005 study of migraine consultation in France. III: Psychological features of subjects with migraine. *Cephalalgia*. 2009;29:338–50.
30. Petricek G, Vrcic-Keglevic M, Vuletic G, Cerovecki V, Ozvacic Z, Murgic L. Illness perception and cardiovascular risk factors in patients with type 2 diabetes: cross-sectional questionnaire study [resumen]. *Croat Med J*. 2009;50:583–93.