

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

Factor structure of the spanish version of the “revised illness perception questionnaire (IPQ-R)” in eating disordered patients and their relatives

Y. Quiles Marcos*, M^a.C. Terol Cantero*, S. Tirado González*
y M. Beléndez Vázquez**

Resumen

El objetivo ha sido analizar la estructura factorial y la consistencia interna de la versión española del Cuestionario de Percepción de la Enfermedad Revisado (IPQ-R), una medida de la representación de la enfermedad basada en el Modelo de Sentido Común de Leventhal, en pacientes con un trastorno del comportamiento alimentario (TCA) y en sus familiares. Método: Participaron 98 mujeres diagnosticadas de un TCA y 67 familiares. La media de edad fue 20,8 años (dt= 5,61). Resultados: El análisis factorial resultó en 6 factores correspondientes a las dimensiones: duración, control, duración cíclica, curación y representación emocional, y 4 factores que explicaron el 44,8% de la variancia de la dimensión causa. Conclusión: Los resultados obtenidos muestran propiedades psicométricas adecuadas para la versión española de la escala, como instrumento válido y fiable, revelándose una estructura de la representación de la enfermedad similar a la de la versión original.

Palabras clave: Percepción de la enfermedad. Trastorno del comportamiento alimentario. IPQ-R. Estructura factorial.

*Departamento Psicología de la Salud. Universidad Miguel Hernández de Elche.

**Departamento Sociología II, Psicología, Comunicación y Didáctica. Universidad de Alicante.

Correspondencia: Dra. Yolanda Quiles Marcos
Departamento Psicología de la Salud. Edificio Altamira
Universidad Miguel Hernández
Avda. de la Universidad s/n
03202 Elche (Alicante)
e-mail: y.quiles@umh.es

Summary

The aim of this study was to test the factor structure and reliability fo the Spanish Versión of the Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R), a mesure of the illness representation based on Common-Sense Model proposed by Leventhal in eating disorders patients and their relatives. Method: Ninety-eight eating disorders patients and sixty two relatives participated. The mean aged was 20.8 years (sd= 5.61). Results: The analysis revealed six factor solution including timeline, control, timeline cyclic, cure and emotional dimension, and four factors which account for 44.8% variance fo the causal items. Conclusion: Results suggest suitable psychometric properties of the spanish version of this scale, as a reliable and valid instrument, revealing a structure of illness perception similar to original version.

Key words: Illness perception. Eating disorders. IPQ-R. Factor structure.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años han aparecido una serie de modelos en el campo de la Psicología de la Salud, que intentan explicar las acciones de las personas respecto a la salud y la enfermedad. Entre éstos destacamos el Modelo de Sentido Común de Leventhal, que concibe al individuo como un sistema autorregulador, que cuando aparece la enfermedad trata activamente de resolver problemas intentando modificar, evitar o controlar cambios que son percibidos como signos de enfermedad. H. Leventhal, en su modelo, considera al ser humano como un ente activo que desarrolla sus propias teorías en torno a su estado de salud, es decir, los individuos son procesadores activos de la información que se esfuerzan por dar sentido a sus experiencias corporales.

Estas teorías, que son influenciadas por el contexto social, son individuales e idiosincrásicas y pueden o no coincidir con la realidad médica. Es por ello que Leventhal las denomina “de sentido común”, en oposición a las teorías científicas que rigen la actividad del médico, y tienen un gran valor porque son las principales determinantes de la conducta del sujeto respecto a su salud. En la primera fase de este modelo, las personas procesan la información, tanto interna (p.ej: la detección de un síntoma) como externa (p. ej: campaña prevención de los trastornos alimentarios en los medios de comunicación) elaborando una representación cognitiva del problema, así como de las emociones que la acompañan. Esta representación determina las estrategias de afronta-

miento que se ponen en marcha para hacer frente al problema, constituyendo la segunda fase del modelo; y la última fase se corresponde con la valoración de las consecuencias que tienen estas conductas de afrontamiento, que pueden afectar a las etapas previas y modificar los siguientes episodios ante futuras amenazas de salud.

Para elaborar su representación de la enfermedad, los individuos también tienen en cuenta las creencias y expectativas que sus familiares tengan respecto a la misma. No se debe olvidar que una de las principales fuentes de información, que el paciente utiliza para elaborar su representación, es la provista por personas “significativas”. Es así, que las creencias de los familiares/cuidadores sobre la enfermedad han sido valoradas, y han mostrado estar asociadas con la evolución de la enfermedad en el paciente y con su adherencia al tratamiento. En esta línea, diversos trabajos han puesto de manifiesto, que la representación que tengan los familiares/cuidadores de la enfermedad va a influir en la representación que de su enfermedad tiene el propio paciente, va a determinar la reacción y actitud que tengan los familiares hacia el individuo enfermo, influyendo también en las estrategias de afrontamiento que éste ponga en marcha, así como en su evolución y progreso.

Uno de los cuestionarios que ha sido utilizado con más frecuencia para la evaluación de la representación de la enfermedad, es el IPQ (*Illness Perception Questionnaire*), desarrollado para evaluar los cinco componentes de la representación de la enfermedad del Modelo de Sen-

tido Común de Leventhal: *identidad, consecuencias, duración, control y causa*. A pesar de que el **IPQ** ha sido ampliamente utilizado, y ha resultado ser un adecuado predictor de diferentes aspectos de adaptación y recuperación en la enfermedad crónica, diferentes revisiones pusieron de manifiesto la necesidad de mejorar las propiedades psicométricas de algunas de sus subescalas, y ampliar su ámbito de aplicación; de este modo surge el **IPQ-R**, *Revised Illness Perception Questionnaire*, que ha sido estudiado en una muestra de 711 sujetos con diferentes trastornos (asma, diabetes, artritis, dolor crónico, agudo, infarto de miocardio, esclerosis múltiple y sida).

En particular, y respecto a la dimensión *control* se crearon dos subescalas separadas, una referente a la dimensión control personal (*control*) y la otra respecto a la dimensión control del tratamiento (*curación*). En cuanto a la subescala *duración*, la baja consistencia interna que mostraba, señalaba la necesidad no sólo de aumentar el número de ítems que la componían, sino también de crear nuevos ítems para evaluar las creencias de si la enfermedad tenía una duración "cíclica", cosa que no se consideró en la versión original (IPQ). Además, en el IPQ-R los autores estaban interesados en conocer en qué medida la representación que elabora el paciente de su enfermedad le proporciona un entendimiento coherente de la misma, es decir, si le permite entenderla. En este sentido, desarrollan una nueva subescala que denominan "*coherencia*" de la enfermedad.

Otro componente muy importante del Modelo del Sentido Común se había pasado por alto en la primera versión del IPQ, y es la *representación emocional* de la enfermedad. La versión original del IPQ fue diseñada para evaluar únicamente los elementos cognitivos de la representación de la enfermedad del paciente, por lo que presenta una limitación en su capacidad para describir la respuesta del paciente a su enfermedad. De este modo, el **IPQ-R** incorpora una subescala con nuevos ítems que evalúan la *representación emocional*.

Aunque se dispone de la adaptación del IPQ-R al castellano, dirigido a evaluar la representación de la enfermedad en pacientes hipertensos, no existe ningún instrumento, adaptado a población española, que evalúe la representación de la

enfermedad específicamente en pacientes con un trastorno del comportamiento alimentario (TCA) y sus familiares. Es así que, el objetivo de este trabajo es analizar la estructura factorial y la fiabilidad del IPQ-R, así como conseguir una versión común para pacientes con un TCA y sus familiares.

MÉTODO

Participantes

Participaron un total de 98 mujeres con un TCA, la mayoría de ellas diagnosticadas de anorexia nerviosa (el 61,2%), y el resto de bulimia (27,6%) y de TCA no especificado (11,2%) que estaban siendo atendidas en la Unidad de Trastornos Alimentarios (UTA) del Hospital Universitario de San Juan (Alicante) en régimen ambulatorio. La edad estaba comprendida entre los 12 y 34 años (Media=20,8, dt=5,61) y con un nivel educativo en el que el 33,7% habían cursado la ESO y el 31,6% tenía estudios universitarios. Sólo el 4,1% tenía estudios primarios y el resto, estudios medios. Respecto a su estado civil, el 90,8% eran solteras, sólo un 6,1% estaban casadas y en cuanto a su situación laboral, el 29,6% trabajaba mientras el 70,4% estaba desempleada. El curso del trastorno oscilaba entre 1 mes y 20 años (Media=45,58 meses, dt=45,52) y el tiempo medio que recibían tratamiento era de 16,85 meses (dt=17,69).

El estudio de validación se completa con la adaptación del IPQ-R a familiares, y para ello también se administró el cuestionario a 60 acompañantes de estas pacientes, con una edad comprendida entre los 19 y 60 años (Media=45, dt=8,64). El 19,4% fueron hombres y el 80,6% mujeres, de las que el 75% eran las madres de estas pacientes. El 15% eran los padres, el 5% la pareja o marido y otro 5% los hermanos.

Instrumentos

Versión española del Illness Perception Questionnaire-Revised (IPQ-R). El proceso de traducción y adaptación del cuestionario se llevó a cabo siguiendo el proceso iterativo recomendado por la mayoría de autores. El IPQ-R consta de tres subescalas; en nuestra versión adaptada al

castellano, en la subescala *identidad*, siguiendo las recomendaciones de otros autores de incluir en esta subescala ítems más específicos para cada grupo de pacientes, añadimos dos síntomas más, que son característicos en estos trastornos, como son: *alteraciones en la menstruación y piel seca y áspera*. Por lo que esta subescala quedó finalmente compuesta por 16 síntomas. En cuanto al formato de respuesta en esta subescala, primero se pregunta al individuo si ha experimentado estos síntomas desde que padece la enfermedad, utilizando un formato de respuesta dicotómica SI/NO (la suma de “síes” constituye una puntuación de *somatización*). Después, en aquellos síntomas que hayan señalado que SÍ, se les pregunta si “creen que esos síntomas están relacionados con la enfermedad”, contestando en el mismo formato. La suma de “síes” en esta última pregunta constituye la puntuación en la subescala *identidad*.

El siguiente apartado del cuestionario, correspondiente a las subescalas: *duración, control, curación, consecuencias, duración cíclica, coherencia y representación emocional*, está compuesto por 38 ítems que se contestan en una escala tipo Likert de 5 puntos: *totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, indiferente, de acuerdo y totalmente de acuerdo*. Se modificó el orden en que eran presentados los ítems, asignándoles un orden aleatorio, ya que en la versión original, todos los ítems que corresponden a un factor se presentan en orden correlativo, produciendo de este modo un sesgo de “aquietencia”. Respecto a la subescala *causa*, en nuestra adaptación al castellano para los TCA añadimos 8 causas relevantes para este colectivo, y son: *influencia de los medios de comunicación, baja autoestima, presión de los iguales, llamar la atención, acontecimientos vitales traumáticos, impresionar a los demás, necesidad de ser perfectos y haber recibido burlas por el aspecto físico*. Estos ítems han sido relacionados en la literatura con la aparición de estos trastornos. Esta subescala, también se responde en una escala tipo Likert de 5 puntos: *totalmente en desacuerdo, en desacuerdo, indiferente, de acuerdo y totalmente de acuerdo*.

En la versión del IPQ-R para familiares, la subescala *identidad* quedó reducida a una única pregunta, “¿creen que estos síntomas están rela-

cionados con la enfermedad?”. Respecto al siguiente apartado del cuestionario, se utilizaron los mismos ítems, pero se adaptaron redactándolos en tercera persona y sustituyendo la expresión “Mi trastorno alimentario” por “El trastorno alimentario”, excepto en el grupo de ítems que evalúan la dimensión *representación emocional*, que al igual que procedió el equipo de Holliday, se redactaron del mismo modo que en la versión para pacientes; así se pudo obtener información sobre las respuestas emocionales que puede evocar el trastorno alimentario en los familiares.

Cuestionario Datos Sociodemográficos y Clínicos: Junto con el equipo de la UTA se elaboró un cuestionario en el que se recoge información sobre variables sociodemográficas como la edad, nivel educativo, situación laboral, estado civil, diagnóstico y curso del trastorno.

Procedimiento

Las pacientes con un TCA fueron seleccionadas por el psiquiatra y la psicóloga de la UTA del Hospital Universitario de San Juan. Durante su consulta les explicaban brevemente el objetivo de nuestro estudio y solicitaban a la paciente su participación de forma voluntaria en este trabajo. Tras su aceptación, la paciente era remitida para la realización de la entrevista, que en la mayoría de ocasiones se llevaba a cabo ese mismo día, o bien coincidía con alguno de los días en los que debía acudir de nuevo a consulta. La entrevista tenía lugar en una estancia ubicada en la misma planta que la UTA.

Antes de iniciar la entrevista nos presentábamos y continuábamos explicando con mayor detalle el objetivo de nuestro trabajo, cómo se iba a realizar la evaluación, así como se le daban instrucciones para la cumplimentación de los cuestionarios. Seguidamente se le ofrecía la opción de preguntar cualquier duda sobre los objetivos del trabajo, así como de las pruebas a completar. También se le informaba de la total confidencialidad de sus respuestas. La entrevista duraba alrededor de 35 minutos. Al finalizar la entrevista con la paciente se le agradecía su colaboración y se citaba al familiar para ser entrevistado. Al igual que con el paciente, con el familiar o acompañante se siguió el mismo procedimiento de infor-

mación de objetivos del estudio, petición de su participación voluntaria, y aclaración de dudas.

Del total de 100 pacientes remitidas por el psiquiatra y la psicóloga de la unidad, 98 completaron la entrevista, mientras 2 la abandonaron antes de finalizarla. De las 98 pacientes entrevistadas, 38 (38,77%) acudieron solas a consulta, por lo que la entrevista al familiar no pudo realizarse. Un total de 60 familiares o acompañantes de la paciente fueron entrevistados.

Análisis de los datos

El análisis de los datos se realizó con el programa estadístico SPSS 12.0. Tras la administración de los cuestionarios, se llevaron a cabo los siguientes análisis con el fin de comprobar las propiedades psicométricas de la escala:

1. Análisis de validez de la subescala *identidad*; siguiendo el procedimiento utilizado por los autores de la versión original se realizó un análisis de comparación de medias.

2. Análisis de la estructura factorial de la subescala "*duración, consecuencias, control, curación, duración cíclica, representación emocional y coherencia*", y la subescala "*causa*".

3. Análisis de los ítems a través de sus estadísticos descriptivos e índices de discriminación.

4. Análisis de la consistencia interna con el coeficiente α de Cronbach.

Siguiendo los mismos pasos que los autores del cuestionario original, para validar la estructura factorial se han realizado dos análisis de componentes principales por separado; uno con los 38 ítems que conforman las dimensiones: *duración, consecuencias, control, curación, duración cíclica, representación emocional y coherencia*; y otro, con los ítems que forman la dimensión "*causa*". En ambos análisis se utilizó el método Varimax de rotación ortogonal. Para la solución final consideramos los siguientes criterios: factores con valor propio superior a la unidad, comparación de los porcentajes de varianza asociados a cada autovector, análisis del patrón de decremento del gráfico de sedimentación, valoración de las comunalidades de los ítems reproducidas para la solución, factores que presenten coherencia teórica y saturación del ítem mayor de 0,40.

Además de éstos, para poder contrastar y adecuar una única versión adaptada a pacientes y familiares, se consideraron también estos otros criterios: índice de discriminación del ítem, correspondencia ítem-factor y aportación del ítem a la consistencia interna del factor.

RESULTADOS

Subescala Identidad

Del mismo modo que los autores del cuestionario en la versión original, utilizamos dos procedimientos, en el primero de ellos se realiza una prueba "t-test" comparando las puntuaciones de la subescala "síntomas experimentados" (*somatización*) con las de la "subescala identidad". Este análisis muestra diferencias significativas entre los síntomas que el individuo experimenta *versus* los síntomas que asocia a la enfermedad ($t(7,69)$, $p < 0,05$). Estos resultados proporcionan apoyo a las diferencias conceptuales entre "somatización" e "identidad".

En segundo lugar, se analiza la frecuencia con que cada uno de los síntomas forma parte de la identidad con la enfermedad de la paciente (ver tabla 1). Los resultados de estos análisis muestran cómo todos los síntomas fueron señalados por las pacientes con un TCA, confirmando de este modo la validez de los diferentes síntomas incluidos en la subescala identidad. Los síntomas más indicados fueron "Pérdida de peso" y "Alteraciones en la menstruación", que un 88,7% y un 80,4% respectivamente de las pacientes, señalaron como específicos de este trastorno. Y los síntomas menos mencionados fueron "Respiración ruidosa" (6,2%) y "Molestias en los ojos" (12,4%).

En la versión para familiares del IPQ-R, esta subescala quedó reducida a una única pregunta, obteniéndose información sobre la "identidad". Para su validación también se realizó un análisis de frecuencia de los síntomas listados. Los resultados de estos análisis muestran cómo todos los síntomas fueron señalados por los familiares de pacientes con un TCA, confirmando de este modo la validez de los diferentes síntomas incluidos en la subescala *identidad*. Los síntomas más indicados fueron "Pérdida de peso" y "Alteraciones en la menstruación" (los mismos que en el caso de

las pacientes) que un 58,6% y un 53,5% respectivamente de los familiares señalaron como específicos de este trastorno. Y los síntomas menos mencionados también fueron los mismos que indicaron las pacientes.

Esta subescala ha mostrado tener un coeficiente relativamente alto de consistencia interna, con un alfa de Cronbach de 0,79 en pacientes y de 0,81 en familiares. Este resultado sugiere que todos los síntomas presentados son representativos de la enfermedad.

familiares el 7,37%. El factor **Control** consta de 5 ítems que reflejan las creencias que tiene el sujeto sobre el control que puede ejercer en la enfermedad (controlable/incontrolable), y explican el 11,3% de varianza explicada en la muestra de pacientes y un porcentaje mayor en la muestra de familiares, el 14,68%. El factor **Representación Emocional** se compone de 5 ítems que hacen referencia a las respuestas emocionales que puede evocar la enfermedad, y explican el 8,68% de la varianza total en pacientes y el 9,66% en familiares.

Tabla 1
Porcentaje de familiares y pacientes que indican un determinado síntoma

| IDENTIDAD | FAMILIA | | PACIENTE TCA | |
|---------------------------------|---------|------|--------------|-------|
| | N | % | N | % |
| Dolor | 27 | 27,3 | 53 | 53,6% |
| Problemas de garganta | 15 | 15,2 | 29 | 29,9% |
| Naúseas | 29 | 29,3 | 45 | 45,4% |
| Dificultad al respirar | 19 | 19,2 | 23 | 23,7% |
| Piel seca y áspera | 41 | 41,4 | 55 | 55,7% |
| Alteraciones en la menstruación | 53 | 53,5 | 80 | 80,4% |
| Pérdida de peso | 58 | 58,6 | 88 | 88,7% |
| Fatiga | 31 | 31,3 | 60 | 60,8% |
| Articulaciones rígidas | 18 | 18,2 | 23 | 23,7% |
| Molestias en los ojos | 13 | 13,1 | 12 | 12,4% |
| Respiración ruidosa | 9 | 9,1 | 6 | 6,2% |
| Dolor de cabeza | 35 | 35,4 | 43 | 43,8% |
| Molestias en el estómago | 39 | 39,4 | 72 | 72,2% |
| Problemas de sueño | 47 | 47,5 | 57 | 57,7% |
| Mareo | 36 | 36,4 | 56 | 56,7% |
| Pérdida de fuerza | 41 | 41,4 | 70 | 70,1% |
| α | 0,81 | | 0,79 | |

Subescala que corresponde a las dimensiones: duración, consecuencias, control, curación, duración cíclica, coherencia y representación emocional.

El análisis de componentes principales, realizado con los 38 ítems de la segunda sección del cuestionario, resultó en una estructura de 6 factores (ver tabla 2): El factor **Duración** contiene 3 ítems que hacen referencia a la creencia que tiene el sujeto sobre el curso de la enfermedad y su duración (crónica/aguda), que en la muestra de pacientes explica el 11% de la varianza total y en la de

Por su parte, el factor **Curación** está compuesto por 5 ítems que reflejan las creencias que tiene el individuo sobre la efectividad del tratamiento, y explican el 5,78% de la varianza explicada en la muestra de pacientes y un porcentaje superior, el 8,42%, en la de familiares. El factor **Consecuencias** hace referencia al impacto producido por la enfermedad en la calidad de vida del paciente o en su capacidad funcional, es decir, a los resultados y secuelas. Los tres ítems que los constituyen explican el 6,14% de la varianza

total en la muestra de pacientes y el 6,35% en la de familiares. Y por último, el factor **Duración Cíclica** lo constituyen 3 ítems que hacen referencia a la percepción que tiene el individuo de que

la enfermedad es variable, que mejora y/o empeora. Explican el 4,8% de la varianza explicada en la muestra de pacientes y el 5,4% en la de familiares.

Tabla 2
Factores e ítems de la adaptación del IPQ-R

| FACTOR: DURACIÓN | SATURACIÓN PACIENTE TCA | SATURACIÓN FAMILIA |
|---|------------------------------------|-----------------------------------|
| 15. Mi trastorno alimentario durará mucho tiempo | 0,88 | 0,62 |
| 22. Mi trastorno alimentario pasará rápidamente | 0,81 | 0,66 |
| 8. Mi trastorno alimentario es más probable que sea permanente que pasajero | 0,69 | 0,44 |
| | $\alpha = 0,85$ | $\alpha = 0,66$ |
| FACTOR: CONTROL | SATURACIÓN PACIENTE TCA | SATURACIÓN FAMILIA |
| 31. Puedo influir en mi trastorno alimentario | 0,68 | 0,56 |
| 17. La evolución de mi trastorno depende de mí | 0,68 | 0,70 |
| 10. Que mi trastorno alimentario vaya mejor o peor depende de lo que yo haga | 0,67 | 0,67 |
| 37. Mis acciones no tendrán efectos en las consecuencias de mi trastorno | 0,58 | 0,60 |
| 24. Nada de lo que yo haga afectará en mi trastorno de la alimentación | 0,42 | 0,58 |
| | $\alpha = 0,73$ | $\alpha = 0,71$ |
| FACTOR: REPRESENTACIÓN EMOCIONAL | SATURACIÓN PACIENTE TCA | SATURACIÓN FAMILIA |
| 7. Me deprimó cuando pienso en mi trastorno de la alimentación | 0,74 | 0,60 |
| 14. Me disgustó cuando pienso en mi trastorno alimentario | 0,73 | 0,69 |
| 21. Mi trastorno alimentario hace que me sienta enfadada | 0,66 | 0,59 |
| 38. Mi trastorno alimentario hace que me sienta asustada | 0,65 | 0,77 |
| 34. Mi trastorno alimentario hace que me sienta ansiosa | 0,61 | 0,84 |
| | $\alpha = 0,76$ | $\alpha = 0,78$ |
| FACTOR: CURACIÓN | SATURACIÓN PACIENTE TCA | SATURACIÓN FAMILIA |
| 11. Mi tratamiento será efectivo para curar mi trastorno alimentario | 0,78 | 0,60 |
| 25. Mi tratamiento puede controlar mi trastorno alimentario | 0,69 | 0,71 |
| 18. Los efectos negativos de mi trastorno pueden evitarse con mi tratamiento | 0,62 | 0,75 |
| 4. Hay muy pocas cosas que se puedan hacer para mejorar mi trastorno | 0,61 | 0,49 |
| 32. No hay nada que pueda mejorar mi trastorno | 0,44 | 0,64 |
| | $\alpha = 0,76$ | $\alpha = 0,74$ |
| FACTOR: CONSECUENCIAS | SATURACIÓN PACIENTE TCA | SATURACIÓN FAMILIA |
| 9. Mi trastorno alimentario tiene consecuencias importantes en mi vida | 0,54 | 0,70 |
| 2. Mi trastorno alimentario es un problema serio (grave) | 0,52 | 0,26 |
| 30. Mi trastorno alimentario provoca gastos económicos importantes | 0,41 | 0,62 |
| | $\alpha = 0,55$ | $\alpha = 0,53$ |
| FACTOR: DURACIÓN CÍCLICA | SATURACIÓN PACIENTE TCA | SATURACIÓN FAMILIA |
| 13. Los síntomas de mi trastorno vienen y se van por ciclos (rachas) | 0,74 | 0,54 |
| 6. Los síntomas de mi trastorno alimentario cambian mucho de un día para otro | 0,71 | 0,58 |
| 20. Mi trastorno alimentario es muy impredecible | 0,47 | 0,53 |
| | $\alpha = 0,64$ | $\alpha = 0,44$ |
| α TOTAL | $\alpha = 0,70$ | $\alpha = 0,70$ |

Este apartado del cuestionario quedó finalmente compuesto por 24 ítems, con una estructura factorial compuesta por 6 factores que explican el 49,61% de la varianza total en la muestra de pacientes y el 48,77% en la de los familiares. La consistencia interna total en ambos fue de 0,70. Se eliminaron un total de 14 ítems; el 36 y el 16, ya que no alcanzaban el grado de saturación requerido, y los ítems 5, 12, 19, 23, 26, 27 y 33, que presentaban un contenido confuso y poco coherente con el factor en el que aparecían. Con el fin de conseguir una versión común para pacientes y familiares se eliminaron los ítems 1, 3, 28, 29 y 35, porque presentaban un bajo índice de discriminación y si se eliminaban, la consistencia interna del factor o bien no se alteraba o bien mejoraba. En la tabla 3 se presentan los ítems eliminados de esta subescala, y en la tabla 4 el porcentaje de varianza explicada por cada uno de los factores.

Análisis descriptivo de los ítems

En la muestra de pacientes todos los ítems obtienen puntuaciones en todas las categorías de la escala (1-5), excepto el 37 (“Mis acciones no tendrán efectos en las consecuencias de mi trastorno”) que obtiene como máxima puntuación un 4. Las puntuaciones medias más altas son las obtenidas por los ítems número 9 (“Mi trastorno alimentario tiene consecuencias importantes en mi vida”) y el 10 (“Que mi trastorno alimentario vaya mejor o peor depende de lo que yo haga”). Los ítems con las puntuaciones medias más bajas son el número 32 (“No hay nada que pueda mejorar mi trastorno”) y el 37. La varianza de los ítems osciló entre 0,69 (ítem 31) y 1,96 (ítem 30).

En la muestra de familiares todos los ítems obtienen puntuaciones en todas las categorías de la escala (1-5), excepto los ítems número 22 (“El TA pasa rápidamente”) y el 24 (“Nada de lo que una persona con un TA haga afectará su enfermedad”) que obtienen como máxima puntuación un 4. Por su parte, el ítem 7 (“Me deprimó cuando pienso el TA”) alcanza como puntuación mínima un 2. Las puntuaciones medias más altas son las obtenidas por los ítems número 2 (“El TA es una enfermedad seria”) y el 9 (“El TA tiene consecuencias importantes en su vida”). Los ítems

Tabla 3
Ítems eliminados

| |
|---|
| Subescala: duración, curación, consecuencias, duración cíclica, control y representación emocional |
| 1. Mi TA dura poco tiempo 3. Puedo hacer mucho para controlar mis síntomas 5. Los síntomas de mi enfermedad me desconciertan 12. Desconozco en qué consiste mi trastorno alimentario 16. Mi trastorno alimentario no repercute mucho en mi vida 19. No entiendo mi trastorno alimentario 23. Mi trastorno influye mucho en la forma en que me ven los demás 26. Mi trastorno no tiene ningún sentido para mí 27. Paso por rachas en las que mi trastorno alimentario va mejor y otras empeora 28. Mi TA no me preocupa 29. Tendré el TA durante el resto de mi vida 33. Comprendo o tengo una idea clara de mi trastorno alimentario 35. Mi TA mejorará con el tiempo 36. Mi trastorno alimentario causa dificultades a las personas cercanas a mí |
| Subescala: causa |
| 1. Estrés o preocupación 4. Alimentación o hábitos alimentarios 10. Problemas o preocupaciones familiares 13. Envejecer 23. Acontecimientos vitales traumáticos (trauma) |

con las puntuaciones medias más bajas son el número 22 (“El TA pasa rápidamente”) y el 24 (“Nada de lo que un paciente con un TA haga afectará en su trastorno alimentario”). La varianza de los ítems osciló entre 0,43 (ítem 22) y 1,68 (ítem 6).

La capacidad de discriminación u homogeneidad de los ítems, se evaluó con la correlación corregida de la puntuación total del ítem respecto a la puntuación total del test, esto es, la correlación de cada ítem con todos los ítems del factor excluido él mismo. Todos los ítems presentan una correlación ítem-factor superior a 0,30, excepto el 20 en la muestra de familiares; aún

Tabla 4
Varianza explicada por los factores rotados en la muestra de pacientes y en la de la familia

| SUBESCALA: DURACIÓN, CURACIÓN, CONSECUENCIAS, DURACIÓN CÍCLICA, CONTROL Y REPRESENTACIÓN EMOCIONAL | | | | |
|---|---------------------------|-----------------------|---------------------------|-----------------------|
| | PACIENTES | | FAMILIA | |
| FACTOR | VARIANZA EXPLICADA | VARIANZA TOTAL | VARIANZA EXPLICADA | VARIANZA TOTAL |
| Duración | 16,8% | 11% | 6,2% | 7,37% |
| Control | 11,3% | 9,1% | 14,68% | 10,11% |
| Representación Emocional | 6,38% | 8,68% | 11,4% | 9,66% |
| Curación | 5,78% | 8,48% | 8,42% | 8,44% |
| Consecuencias | 5,1% | 6,14% | 4,4% | 6,35% |
| Duración Cíclica | 4,8% | 6,13% | 5,4% | 6,84% |
| SUBESCALA CAUSA | | | | |
| | PACIENTES | | FAMILIA | |
| FACTOR | VARIANZA EXPLICADA | VARIANZA TOTAL | VARIANZA EXPLICADA | VARIANZA TOTAL |
| Factor de Riesgo | 17,8% | 12,9% | 8,92% | 10,98% |
| Factor específico TCA | 11,62% | 11,77% | 22,64% | 16,35% |
| Factor Psicológico | 9% | 10,8% | 6,36% | 10,94% |
| Factor Otros Externos | 6,4% | 9,4% | 11,85% | 11,52% |

así, se decide mantenerlo puesto que proporciona información relevante sobre el sujeto, y además, si se elimina, la consistencia interna del factor no aumenta significativamente (ver tabla 5).

Subescala que corresponde a la dimensión: “causa”

Como se observa en la tabla 6, el patrón factorial quedó compuesto por 4 factores. El **Factor de Riesgo** contiene 6 ítems, que hacen referencia a diferentes circunstancias que pueden implicar un riesgo para desarrollar una enfermedad, como fumar, el exceso de trabajo, etc. y explican el 12,9% de la varianza total en la muestra de pacientes y un porcentaje inferior en la de familiares, el 10,98%.

El segundo factor se denomina **“Factor específico de los TCA”**, los 7 ítems que contiene se corresponden con todos los añadidos (excepto uno, el ítem 23, que ha sido eliminado) en esta versión española para los trastornos alimentarios. Y se trata sobre diferentes causas que la literatura

científica ha relacionado con frecuencia con el origen de los TCA (por ejemplo, la influencia de los medios de comunicación, la necesidad de ser perfecta, etc.). Estos ítems explican el 11,62% de la varianza explicada en la muestra de pacientes, y un porcentaje muy superior en la de familiares, exactamente el 22,64%.

El tercero, el **Factor Psicológico**, se compone de 4 ítems y hacen referencia a diferentes causas de índole psicológica (como la personalidad, los estados emocionales, etc.). Explica el 10,8% de la varianza total en la muestra de pacientes y el 10,94% en la de familiares. Y por último, el **Factor Otros Externos** está compuesto por 4 ítems, que reflejan otras circunstancias que pueden influir en el desarrollo de una enfermedad y que el individuo puede considerar que están fuera de su control, como por ejemplo, la contaminación del ambiente o el azar o mala suerte. Explican el 6,4% de la varianza explicada en la muestra de pacientes y un porcentaje muy superior en la de familiares, el 11,85%.

Tabla 5
Descriptivos de los ítems e índice de discriminación subescala “duración, control, curación, representación emocional, consecuencias y duración cíclica”

| | PACIENTES | | | | | FAMILIARES | | | |
|-------------------------|-----------|-------|----------|----------------------------------|-----------------------------------|------------|----------|----------------------------------|--------------------------------|
| | ÍTEM | Media | Varianza | Correlación Ítem-total corregida | Correlación si se elimina el ítem | Media | Varianza | Correlación Ítem-total corregida | Correlación si elimina el ítem |
| DURACIÓN | 15 | 3,11 | 1,74 | 0,78 | 0,75 | 4,25 | 0,98 | 0,49 | 0,54 |
| | 22 | 2,37 | 1,56 | 0,75 | 0,77 | 1,38 | 0,43 | 0,53 | 0,56 |
| | 8 | 3,13 | 1,95 | 0,65 | 0,86 | 3,40 | 1,39 | 0,48 | 0,59 |
| CONTROL | 31 | 4,09 | 0,69 | 0,43 | 0,70 | 3,90 | 0,87 | 0,48 | 0,65 |
| | 17 | 4,23 | 0,79 | 0,56 | 0,65 | 4,12 | 1,03 | 0,52 | 0,63 |
| | 10 | 4,29 | 0,71 | 0,56 | 0,65 | 4,37 | 0,69 | 0,53 | 0,63 |
| | 37 | 1,93 | 0,88 | 0,47 | 0,68 | 2,12 | 1,26 | 0,39 | 0,70 |
| | 24 | 1,96 | 0,93 | 0,42 | 0,71 | 1,83 | 0,72 | 0,41 | 0,68 |
| CURACIÓN | 7 | 3,98 | 1,1 | 0,61 | 0,72 | 4,11 | 0,98 | 0,39 | 0,79 |
| | 14 | 3,79 | 1,34 | 0,66 | 0,71 | 4,08 | 1,09 | 0,58 | 0,74 |
| | 21 | 3,54 | 1,38 | 0,49 | 0,57 | 3,59 | 1,58 | 0,46 | 0,78 |
| | 38 | 3,61 | 1,48 | 0,47 | 0,76 | 3,88 | 1,21 | 0,75 | 0,68 |
| | 34 | 3,87 | 1,31 | 0,53 | 0,74 | 4,00 | 1,34 | 0,65 | 0,71 |
| REMOCIONAL | 11 | 3,86 | 0,89 | 0,66 | 0,68 | 3,48 | 1,30 | 0,61 | 0,64 |
| | 25 | 3,61 | 0,93 | 0,46 | 0,74 | 3,62 | 0,95 | 0,64 | 0,64 |
| | 18 | 3,75 | 0,90 | 0,59 | 0,70 | 3,54 | 0,87 | 0,54 | 0,67 |
| | 4 | 2,32 | 1,65 | 0,51 | 0,74 | 2,59 | 1,32 | 0,39 | 0,73 |
| | 32 | 1,76 | 0,92 | 0,48 | 0,73 | 1,98 | 1,00 | 0,33 | 0,75 |
| CONSECUENCIA | 9 | 4,30 | 0,84 | 0,42 | 0,38 | 4,51 | 0,74 | 0,43 | 0,30 |
| | 2 | 3,97 | 1,17 | 0,40 | 0,39 | 4,58 | 0,53 | 0,31 | 0,46 |
| | 30 | 3,05 | 1,96 | 0,30 | 0,59 | 3,35 | 1,38 | 0,30 | 0,53 |
| DURACIÓN CÍCLICA | 13 | 3,10 | 1,77 | 0,47 | 0,49 | 2,98 | 1,62 | 0,32 | 0,26 |
| | 6 | 3,07 | 1,77 | 0,45 | 0,52 | 3,22 | 1,68 | 0,31 | 0,28 |
| | 20 | 3,14 | 1,36 | 0,41 | 0,58 | 3,56 | 1,66 | 0,19 | 0,48 |

Este apartado del cuestionario quedó compuesto por 21 ítems, con una estructura factorial final compuesta por 4 factores que explican el 44,8% de la varianza total en la muestra de pacientes, y el 49,80% en la de familiares. La consistencia interna total fue de 0,75 en las pacientes y de 0,80 en sus familiares. Se eliminaron un total de 5 ítems. El ítem 13 (“Envejecer”) no alcanzaba el grado de saturación requerido y el ítem número 23 (“Acontecimiento traumático”) presentaba un contenido poco cohe-

rente con el factor en el que aparece. Los ítems 1, 4 y 10 presentaban bajos índices de discriminación, además, su eliminación no afectaba negativamente a la consistencia interna del factor en el que saturaban. En la tabla 3 se presentan los ítems eliminados en esta subescala, y en la 4 el porcentaje de varianza explicada por cada una de los factores.

Análisis descriptivo de los ítems

Como se observa en la tabla 7, en la muestra

Tabla 6
Factores e ítems de la subescala “causa”

| FACTOR DE RIESGO | SATURACIÓN PACIENTE TCA | SATURACIÓN FAMILIA |
|--|------------------------------------|-----------------------------------|
| 14. Alcohol | 0,76 | 0,45 |
| 15. Fumar | 0,69 | 0,40 |
| 18. Problemas de inmunidad o de defensa del cuerpo | 0,52 | 0,45 |
| 16. Accidente o herida | 0,49 | 0,53 |
| 2. Hereditario | 0,45 | 0,54 |
| 11. Exceso de trabajo | 0,43 | 0,69 |
| | $\alpha = 0.69$ | $\alpha = 0.80$ |
| FACTOR ESPECÍFICO TCA | SATURACIÓN PACIENTE TCA | SATURACIÓN FAMILIA |
| 24. Impresionar a los demás | 0,79 | 0,05 |
| 22. Llamar la atención | 0,72 | 0,07 |
| 25. Necesidad de ser perfecto | 0,63 | 0,62 |
| 20. Baja autoestima | 0,58 | 0,63 |
| 26. Haber recibido burlas por el aspecto físico | 0,51 | 0,54 |
| 19. Influencia de los medios de comunicación | 0,50 | 0,52 |
| 21. Presión de los iguales | 0,44 | 0,46 |
| | $\alpha = 0.74$ | $\alpha = 0.73$ |
| FACTOR PSICOLÓGICO | SATURACIÓN PACIENTE TCA | SATURACIÓN FAMILIA |
| 9. Mi actitud mental; pensar negativamente sobre la vida | 0,75 | 0,56 |
| 17. Mi personalidad | 0,69 | 0,58 |
| 12. Estados emocionales | 0,56 | 0,00 |
| 8. Mi propia conducta | 0,53 | 0,41 |
| | $\alpha = 0.68$ | $\alpha = 0.63$ |
| FACTOR OTROS EXTERNOS | SATURACIÓN PACIENTE TCA | SATURACIÓN FAMILIA |
| 7. Contaminación del ambiente | 0,76 | 0,58 |
| 6. Poca asistencia médica en el pasado | 0,70 | 0,55 |
| 5. Azar o mala suerte | 0,65 | 0,38 |
| 3. Un germen o un virus | 0,49 | 0,66 |
| | $\alpha = 0.70$ | $\alpha = 0.57$ |
| α TOTAL | $\alpha = 0.75$ | $\alpha = 0.80$ |

de pacientes todos los ítems obtienen puntuaciones en todas las categorías de la escala (1-5), excepto los ítems número 3 (“Un germen o virus”), el 6 (“La poca asistencia médica en el pasado”), el 7 (“Contaminación del ambiente”) y el 13 (“Envejecer”), que obtienen como máxima puntuación un 4. Las puntuaciones medias más

altas son las obtenidas por los ítems número 20 (“Baja autoestima”) y el 8 (“Mi propia conducta”). Los ítems con las puntuaciones medias más bajas son el número 3 (“Un germen o un virus”), el 14 (“Alcohol”) y el 15 (“Fumar”). La varianza de los ítems osciló entre 0,39 (ítem 3) y 2,33 (ítem 24). Todos los ítems, excepto el 2,

Tabla 7
Descriptivos de los ítems e índice de discriminación subescala “causa”

| | PACIENTES | | | | | FAMILIA | | | |
|------------------------------|-----------|-------|----------|----------------------------------|-----------------------------|---------|----------|----------------------------------|-----------------------------|
| | ÍTEM | Media | Varianza | Correlación Ítem-total corregida | Correlación si elimina ítem | Media | Varianza | Correlación ítem total corregida | Correlación si elimina ítem |
| FACTOR RIESGO | 2* | 1,58 | 1,02 | 0,25 | 0,70 | 1,53 | 0,84 | 0,33 | 0,81 |
| | 11 | 2,23 | 1,84 | 0,42 | 0,66 | 2,19 | 1,99 | 0,42 | 0,82 |
| | 14 | 1,29 | 0,50 | 0,59 | 0,61 | 1,67 | 1,20 | 0,75 | 0,73 |
| | 15 | 1,33 | 0,58 | 0,51 | 0,63 | 1,72 | 1,18 | 0,72 | 0,74 |
| | 16 | 1,41 | 0,85 | 0,37 | 0,66 | 1,53 | 0,87 | 0,59 | 0,77 |
| | 18 | 1,69 | 1,16 | 0,51 | 0,61 | 1,64 | 1,18 | 0,63 | 0,76 |
| FACTOR ESPECÍFICO TCA | 19 | 3,39 | 2,11 | 0,42 | 0,72 | 4,03 | 1,91 | 0,61 | 0,66 |
| | 20 | 4,18 | 1,29 | 0,50 | 0,71 | 4,33 | 1,24 | 0,46 | 0,70 |
| | 21 | 3,02 | 2,31 | 0,38 | 0,73 | 3,45 | 2,45 | 0,42 | 0,70 |
| | 22 | 2,43 | 2,16 | 0,50 | 0,71 | 3,62 | 2,13 | 0,41 | 0,70 |
| | 24 | 2,46 | 2,33 | 0,59 | 0,68 | 3,08 | 2,37 | 0,40 | 0,71 |
| | 25 | 3,71 | 1,99 | 0,45 | 0,72 | 3,63 | 2,20 | 0,42 | 0,70 |
| | 26 | 3,34 | 2,03 | 0,40 | 0,73 | 4,03 | 1,91 | 0,41 | 0,71 |
| FACTOR PSICOLÓGICO | 8 | 4,11 | 0,98 | 0,30 | 0,70 | 3,38 | 2,01 | 0,37 | 0,60 |
| | 9 | 3,78 | 1,66 | 0,58 | 0,53 | 4,04 | 2,87 | 0,60 | 0,42 |
| | 12 | 4,11 | 0,98 | 0,45 | 0,63 | 3,85 | 1,27 | 0,22 | 0,68 |
| | 17 | 3,84 | 1,54 | 0,54 | 0,57 | 4,14 | 1,24 | 0,49 | 0,50 |
| FACTOR OTROS EXTERNO | 3 | 1,28 | 0,39 | 0,38 | 0,68 | 1,54 | 0,67 | 0,51 | 0,38 |
| | 5 | 1,78 | 1,43 | 0,47 | 0,65 | 2,12 | 1,85 | 0,36 | 0,54 |
| | 6 | 1,68 | 0,99 | 0,57 | 0,56 | 1,25 | 0,32 | 0,32 | 0,54 |
| | 7 | 1,38 | 0,63 | 0,54 | 0,59 | 1,48 | 0,94 | 0,33 | 0,51 |

presentan correlaciones altas con el factor. Pese a que la correlación de este ítem es inferior a 0,3 se decide mantenerlo, puesto que proporciona información relevante sobre el sujeto, y además, si se elimina la consistencia interna del factor no aumenta significativamente.

En la muestra de familiares, las puntuaciones medias más altas se corresponden con el ítem 20 (“Baja autoestima”) y el 17 (“La personalidad”). Los ítems con puntuaciones medias más bajas resultaron ser el 6 (“Poca asistencia médica en el pasado”) y el 7 (“Contaminación del ambiente”). La varianza de los ítems osciló entre 0,32 (ítem 6) y 2,87 (ítem 9). Todos los ítems, excepto el 12

(“Estados emocionales”), presentan correlaciones altas con el factor.

DISCUSIÓN

Los resultados de este trabajo muestran, que las propiedades psicométricas de la versión adaptada del IPQ-R para pacientes de un TCA y sus familiares son satisfactorias y comparables a las descritas por los autores de la versión original, salvo algunas diferencias que se comentan a continuación. Respecto a la subescala “identidad”, todos los síntomas fueron mencionados tanto por las pacientes como por sus familiares, siendo los

más frecuentes en ambos casos la “Pérdida de peso” y “Alteraciones en la menstruación”; síntomas que se corresponden con los criterios del DSM-IV-R para el diagnóstico de estos trastornos y con las complicaciones físicas que conllevan, lo que sugiere, que la representación cognitiva de estas pacientes se ajusta de un modo coherente al curso de su trastorno y proceso de enfermedad.

Respecto a la segunda sección del cuestionario, la estructura factorial obtenida es similar a la hallada por los autores de la versión original para las dimensiones: control, curación, duración, consecuencias, duración cíclica y representación emocional, con la excepción de la eliminación de algunos ítems. Con el fin de mejorar la consistencia interna de alguno de estos factores, se recomienda incluir ítems más específicos para estas pacientes, como otras versiones han hecho recientemente. El factor “coherencia”, presente en la versión original, no emerge como un factor claramente definido, ya que sus ítems presentaban saturaciones altas en la dimensión “consecuencias”, por lo que se decidió eliminarlo. No obstante, dado que es un factor que aparece en la versión original del instrumento, se sugiere incluir de nuevo sus ítems teóricos en futuras aplicaciones para confirmar su existencia.

Por otra parte, la considerable redundancia del cuestionario y la necesidad de economía en la evaluación, también han llevado a sugerir el desarrollo de versiones abreviadas y con un número menor de componentes, así por ejemplo, actualmente se cuenta con la versión abreviada del IPQ-R. En cuanto a la estructura factorial de la subescala “causa”, se obtuvieron cuatro factores, tres de ellos similares a los propuestos por los autores (“factor psicológico”, “factor de riesgo” y “factor otros externos”) y el cuarto, que se corresponde con los ítems añadidos en esta versión específica para los TCA, y que hacen referencia a las diferentes causas que la literatura ha relacionado con frecuencia con el inicio de los TCA.

En definitiva, los resultados obtenidos en el presente estudio, si bien han de considerarse orientativos, han alcanzado una solución común más parsimoniosa que permite evaluar las dimensiones más relevantes de la representación de la enfermedad, señaladas en la literatura tanto en

pacientes de un TCA como en sus familiares. No obstante, estos resultados han de ser considerados con cautela, teniendo en cuenta las limitaciones de este trabajo respecto de la muestra utilizada y el tipo de análisis efectuados. Nuestra muestra de 98 pacientes y 60 familiares no tiene el tamaño adecuado para los análisis realizados, considerando el elevado número de ítems de que consta la escala original, por lo que los datos proporcionados han de considerarse tan sólo iniciales. Por otra parte, hay que tener en cuenta el carácter exploratorio de los resultados obtenidos y las limitaciones que conllevan este tipo de análisis. Por tanto, se recomienda que futuras investigaciones se realicen con muestras con diferentes trastornos para confirmar la estabilidad de la estructura factorial obtenida, así como se llevaran a cabo análisis confirmatorios con el fin de obtener la solución factorial que mejor represente la estructura dimensional del cuestionario. Además, nuestro objetivo era conseguir una versión común del IPQ-R que nos permitiera comparar la representación de la enfermedad de las pacientes con un TCA y sus familiares, adoptando para ello unos criterios de inclusión o eliminación de ítems, que en ocasiones ha ido en detrimento de los índices de consistencia interna de algunas subescalas. No obstante, a pesar de todas las limitaciones señaladas, nuestros resultados suponen un útil punto de partida para evaluar la representación de la enfermedad en pacientes con un TCA y sus familiares.

BIBLIOGRAFÍA

1. **Beléndez M, Bermejo R, García MD.:** Estructura factorial de la versión española del Revised Illness Perception Questionnaire en una muestra de hipertensos. *Psicothema* 2005; 17: 318-324.
2. **Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J.:** The Brief Illness Perception Questionnaire. *J Psychosom Res* 2006; 60: 631-637.
3. **Bullinger M, Anderson R, Cella D, Aaronson N.:** Developing and evaluating cross-cultural instruments from minimum requirements to optimal models. *Qual Life Res* 1994; 2: 451-459.
4. **Chwalow AJ.:** Cross-cultural validation of existing quality of life scales. *Patient Educ Couns* 1995; 26: 313-318.
5. **Figueiras MJ, Weinman J.:** Do similar patient and

- spouse perceptions of myocardial infarction predict recovery? *Psychol Health* 2003; 18: 201-216.
6. **Heijmans M, de Ridder D, Bensing J.:** Dissimilarity in patients' and spouses' representations of chronic illness: exploration of relations to patient adaptation. *Psychol Health* 1999; 14: 451-466.
 7. **Heijmans M, de Ridder D.:** Assessing illness representation of chronic illness: Explorations of their disease-specific nature. *J Behav Med* 1999; 21: 485-503.
 8. **Heirrichsen GA, Lieberman JA.:** Family attributions and coping in the prediction of emotional adjustment in family members of patients with first-episode schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scand* 1999; 100: 359-366.
 9. **Holliday J, Wall E, Treasure J, Weinman J.:** Perception of illness in anorexia nervosa: A comparison with other eating disorders and lay men and women. *Int J Eat Disord* 2005; 37: 50-56.
 10. **Huon GF, Piira T, Hayne A, Strong K.:** Assessing body and eating peer-focused comparisons: the dieting peer competitiveness scale (DPC). *Europ Eat Disord Rev* 2002; 10: 428-446.
 11. **Leventhal H, Diefenbach M, Leventhal EA.:** Illness cognition: Using common sense to understand treatment adherence and effect cognition interactions. *Cognit Ther Res* 1992; 16: 143-163.
 12. **Leventhal H, Meyer D, Nerenz D.:** The common sense representations of illness danger. En *Rachman, S. (Ed.), Contributions to medical psychology*. Oxford: Pergamon Press, 1980; 7-30.
 13. **Leventhal H, Nerenz D, Straus A.:** Self regulation and the mechanisms of symptom appraisal. En *Mechanic, D. (Ed.), Symptoms, illness behavior and helping seeking*. New York: Product, 1982.
 14. **Leventhal H.:** Findings and theory in the study of fear communications. *Adv Exp Soc Psychol* 1970; 5: 119-186.
 15. **Lobban F, Barrowclough C, Jones J.:** A review of the role of illness models in severe mental illness. *Clin Psychol Rev* 2003; 23: 171-196.
 16. **McCabe M, Vincent MA.:** The role of biodevelopmental and psychological factors in disordered eating among males and females. *Europ Eat Disord Rev* 2003; 11: 315-328.
 17. **Moss-Morris R, Weinman J, Petrie KJ, Horne R, Cameron LD, Buick D.:** The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychol Health* 2002; 17: 1-16.
 18. **Skinner TC, Hampson SE.:** Social support and personal models of diabetes in relation to self-care and well-being in adolescents with type I diabetes mellitus. *J Adolesc* 1998; 21: 703-715.
 19. **Theunissen N, de Ridder D, Bensing J, Rutten G.:** Manipulation of patient-provider interaction: discussing illness representations or actions plans concerning adherence. *Patient Educ Couns* 2003; 51: 247-258.
 20. **Tozzi F, Sullivan PF, Fear JL, McKenzie J, Bulik CM.:** Causes and recovery in Anorexia Nervosa: The patient's perspective. *Int J Eat Disord* 2003; 33: 143-154.
 21. **Treasure J, Gavan K, Todd G, Schmidt U.:** Changing the environment in eating disorders: working with careers/families to improve motivation and facilitate change. *Europ Eat Disord Rev* 2003; 11: 25-37.
 22. **Weinman J, Petrie KJ, Moss-Morris RH, Horne R.:** The Illness Perception Questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychol Health* 1996; 11: 431-444.
 23. **Weinman J, Petrie KJ, Sharpe N, Walker S.:** Causal attributions in patients and spouses following first-time myocardial infarction and subsequent lifestyle changes. *B J Health Psychol* 2000; 5: 263-273.