

VALIDACIÓN DEL CUESTIONARIO BREVE SOBRE PERCEPCIÓN DE LA ENFERMEDAD (BIPQ) EN HIPERTENSOS

Georgina E. Bazán Riverón*, Maricela Osorio Guzmán*, Ana Lilia Miranda **, Olga Alcántara Vázquez*, Guillermo Uribe Ortiz**

RESUMEN

La hipertensión arterial es un grave problema de salud pública a nivel mundial. El objetivo del presente estudio fue validar el cuestionario BIPQ, el cual evalúa la percepción de la enfermedad. Participaron 184 pacientes con hipertensión arterial. El estudio psicométrico mostró al IBPQ como un instrumento adecuado en población mexicana con una estructura tridimensional (Dimensiones: 1. Percepción de síntomas y representación de la enfermedad, 2. Control de la enfermedad y 3. Conocimiento de la enfermedad), una varianza explicada satisfactoria (61.46%), y una consistencia interna total aceptable ($\alpha=0.67$). En conclusión, el BIPQ es un instrumento útil en la práctica clínica con población mexicana.

Palabras clave: validación, IBPQ, hipertensión, percepción, enfermedad.

BRIEF ILLNESS PERCEPTION QUESTIONNAIRE (BIPQ) VALIDATION IN HYPERTENSIVE

ABSTRACT

The arterial hypertension is a worldwide's public health serious problem. The Objective of this research was to validate the questionnaire BIPQ, which evaluates the illness perception. A number of 184 patients suffering arterial hypertension were tested. The psychometric study showed that the IBPQ is an acceptable instrument in mexican population with a three-dimensional structure (1. Symptoms perception and illness representation; 2. Illness control, and 3. Illness Knowledge), a variance percentage explained satisfactory (61.46%), and an acceptable internal consistency (total $\alpha=0.67$). In conclusion, BIPQ needs only few modifications for mexican population in order to be an useful instrument in the clinical practice.

Key words: validation, BIPQ, hypertension, illness, perception.

VALIDAÇÃO DE UM BREVE QUESTIONÁRIO SOBRE A PERCEPÇÃO DA DOENÇA (BIPQ) NA HIPERTENSÃO

RESUMO

A hipertensão é um grave problema de saúde pública mundial. O objetivo deste estudo foi validar a IBPQ, questionário, que avalia a percepção da doença. Participantes: 184 pacientes com hipertensão. O estudo psicométrico mostrou IBPQ ser um adequado instrumento para populações mexicanas com uma estrutura tri- dimensional (dimensões: 1. percepção dos sintomas e da representação da doença, 2. controle de doenças e 3. compreensão da doença), explicado satisfatoriamente, com variância (61,46%), e consistência aceitável interna total ($\alpha = 0,67$). Em conclusão, o IBPQ é uma ferramenta útil na prática clínica com população mexicana.

Palavras-chave: validação, IBPQ, hipertensão, percepção, doença.

*Unidad de Investigación Interdisciplinaria en Ciencias de la Salud y la Educación UIICSE Facultad de Estudios Superiores Iztacala. UNAM. Correspondencia: gebrmx@yahoo.com.mx, mar1814@yahoo.com, olga.alcantarav@imss.gob.mx

**Unidad de Medicina Familiar 186. Perteneciente a la Delegación Oriente del IMSS. Correspondencia: ana.mirandac@imss.gob.mx, guillermouribe@yahoo.com

El Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), proporciona a sus derechohabientes acciones sistemáticas y organizadas relacionadas con la promoción a la salud, evaluación del estado nutricional, detección de enfermedades y salud reproductiva, mediante la estrategia PREVENIMSS, la cual está enfocada a diferentes grupos de edad y con problemáticas diversas.

Uno de los programas de PREVENIMSS es el grupo de autoayuda SOHDI, el cual, adquiere su nombre por los problemas de salud que trata: Sobrepeso y Obesidad (SO), Hipertensión (H) y Diabetes (DI) (Muñoz, 2006). Los resultados de este programa han sido positivos, sin embargo, los requerimientos de la población le han superado, hecho que plantea al IMSS el reto de optimizar sus metas y alcances. Los directivos y profesionales responsables del programa (SOHDI) de una Unidad de Medicina Familiar en el Estado de México, en un intento por potenciar sus efectos, han solicitado la integración de especialistas de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI) - Facultad perteneciente a la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM)-, incluyendo así la perspectiva de la Psicología de la Salud, que proveerá a los adultos de esta comunidad de una visión más holística en la atención de sus problemas de salud. Ambas instituciones de manera conjunta han establecido un Convenio de Colaboración (UNAM 31570-794-30-IV-12), entre la FESI y el IMSS, el cual tiene entre otros objetivos mejorar los resultados del programa SOHDI. El presente estudio presenta los primeros resultados de la investigación realizada en una muestra de pacientes con hipertensión arterial (HTA).

La HTA causa 4.5% de la carga global actual de la enfermedad y es un factor de riesgo cardiovascular frecuente en el mundo. Se considera que a nivel mundial, existen 1,000 millones de personas con hipertensión arterial, enfermedad asociada al incremento del sobrepeso y obesidad. Se predice que para 2025, el número de adultos con hipertensión arterial, aumentará en aproximadamente 60%, lo que equivaldría a un total de 1.56 billones de adultos con este padecimiento. Las enfermedades del corazón son

la primera causa de mortalidad general en la población Mexicana. En el 2009 se registraron 535,181 defunciones, siendo la principal causa de mortalidad las enfermedades del corazón con 78.604 defunciones, seguida por la diabetes (Instituto Nacional de Geografía e Informática (INEGI), 2009a; INEGI, 2009b; Kearney, Whelton, Reynolds, Muntner, Whelton & He, 2005).

La hipertensión arterial (HTA) es una enfermedad con síntomas poco específicos o incluso asintomática durante las etapas tempranas. Una de las primeras consecuencias la sufren las arterias, que se endurecen a medida que soportan la presión arterial alta de forma continua, haciéndose cada vez más gruesas y dificultando el flujo sanguíneo. Entre los síntomas más comunes que señala la literatura, en pacientes que suelen manejar niveles de tensión arterial altos se encuentra la fatiga, hemorragias nasales, arritmias, cefaleas, zumbido en los oídos, dolor torácico y si no se trata puede desencadenar complicaciones severas como un infarto al miocardio, una isquemia o hemorragia cerebral.

En este sentido, el buen control de la HTA depende de una detección temprana, un adecuado tratamiento farmacológico y los cambios en el estilo de vida del paciente (como la modificación de dieta, realizar actividad física, manejo de emociones, entre otros). Es en este punto que la educación oportuna que le brinda el personal de salud al paciente, se vuelve vital, pues ayudará a que éste se vaya formando un concepto de su enfermedad que le ayudará a tener una eficiente percepción de los síntomas, con lo cual podrá tomar las acciones adecuadas para limitar el daño y mantenerse en un estado funcional óptimo.

Cómo se puede observar, se necesita de la implicación activa del paciente para que desarrolle repertorios conductuales y cognitivos, que tendrán un importante papel respecto al control de su padecimiento y su conducta de adherencia al tratamiento. Para evaluar y medir dichas cogniciones, existen numerosos instrumentos, uno de ellos es el Cuestionario de Percepción de la Enfermedad (*Illness Perception*

Questionnaire - IPQ) (Weinman, Petrie, Moss-Morris y Horne, 1996).

El IPQ tiene sus fundamentos en el modelo de autorregulación de Leventhal (Leventhal, Nerenz & Steele, 1984; Leventhal, & Diefenbach, 1997). Desde este modelo, se concibe 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 y se esfuerzan en dar sentido a sus experiencias corporales, las cuales pueden o no coincidir con la realidad médica.

Este modelo propone dos procesos paralelos: 1. *La representación cognitiva, que se conforma de la representación mental de los elementos objetivos de la enfermedad, y del desarrollo de estrategias de afrontamiento ante la amenaza de la misma; y 2. La representación emocional que implica la representación de las emociones que surgen de vivir algún padecimiento y la valoración de determinadas estrategias de afrontamiento para manejar la emoción.* Estos dos procesos son relativamente independientes aunque están en constante interacción dando lugar a la percepción que hay en torno a una patología y a los sentimientos asociados a ella. Así, a partir de la recepción de información, tanto interna como externa el individuo, produce estos dos procesos paralelos de *representación* (cognitiva y emocional) seguidos de una fase de *afrontamiento* y otra de *evaluación* de la enfermedad, donde existe una retroalimentación continua que le permite autorregular sus elementos (Quiles, Terol, y Marzo, 2009).

Leventhal et al. (1984) sugiere que la representación cognitiva se elabora en torno a cinco dimensiones: 1. Las *causas* (creencias que tiene el paciente sobre la razón y el origen de la enfermedad); 2. Las *consecuencias* (impacto producido por la enfermedad en la calidad de vida del paciente o en su capacidad funcional); 3. La *identidad* (nombre que el individuo da a su enfermedad y el conocimiento que tiene de sus síntomas); 4. La *duración* (creencia que tiene el paciente sobre el curso de la enfermedad y su

duración y 5. El *control* (percepción de control que el paciente tiene sobre su enfermedad controlable/incontrolable) y de la efectividad del tratamiento.

Resumiendo, la representación de la enfermedad, actúa como un mediador y un esquema interpretativo que guía la acción en respuesta a la amenaza que implica la enfermedad. De acuerdo con este modelo, la representación tendrá un efecto sobre la conducta de afrontamiento que estará en función de la severidad con que se perciba un padecimiento determinado.

Este tema se viene estudiando aproximadamente desde hace dos décadas y media, reconociéndose la apremiante necesidad de contar con instrumentos psicométricos válidos y fiables que permitan la medición de la percepción de la enfermedad, las investigaciones más trascendentes en este tema son las cuatro versiones principales del Cuestionario de Percepción de la Enfermedad *Illness Perception Questionnaire* (IPQ) (Weinman, Petrie, Moss-Morris & Horne, 1996); la versión revisada (IPQR) de Moss-Morris et al. (2002), la versión española en pacientes hipertensos (Beléndez, Bermejo & García, 2005) y la versión breve (Broadbent, Petrie, Main & Weinman, 2006).

Estas versiones han sido de gran utilidad para evaluar diferentes padecimientos crónicos y agudos, en diferentes países y en diversos idiomas. Sin embargo, en sus informes, algunos autores como Broadbent, et al. (2006) afirman que en sus primeras versiones el cuestionario por su extensión podía resultar excesivo en determinadas situaciones. Este es el caso cuando los pacientes se encuentran en un estado de salud delicado o cuando hay poco tiempo disponible para la evaluación. Ante estas circunstancias, fue creada la versión breve del IPQ (el BIPQ), la cual es adecuada para pacientes graves o ancianos, ya que es menos complicada y más rápida para responder. También puede ser viable para aquellos que están limitados en su capacidad de lectura y escritura. Esta versión ofrece la posibilidad de que se evalúe la percepción de la enfermedad en grupos

mayores de pacientes en menor tiempo.

Para desarrollar el BIPQ, sus autores realizaron un trabajo que tuvo como objetivo construir un cuestionario breve y simple con un formato alternativo a sus versiones precedentes, para evaluar la percepción de la enfermedad. Este instrumento reducido utiliza ítems sencillos con una escala que va de 0 a 10.

Al igual que el IPQ e IPQ-R, el BIPQ utiliza la palabra “enfermedad”, pero es posible sustituirla por el nombre de un padecimiento específico como la diabetes o el asma, por ejemplo. Del mismo modo, en el ítem de control se utiliza la palabra “tratamiento”, pero esta puede ser sustituida por un procedimiento en particular, como “cirugía” o “inhalador”, si fuera el caso.

El BIPQ desde su creación, ha mostrado buenas propiedades psicométricas como se muestra en la tabla 1. Los autores que le dieron origen al BIPQ estudiaron seis diferentes muestras de pacientes que residían en Nueva Zelanda y Reino Unido: asmáticos (N= 309), pacientes renales (N=132), pacientes ambulatorios con diabetes tipo II (N=119), pacientes con infarto de miocardio (N=103), pacientes con enfermedades leves como alergia, resfriado y dolor de cabeza (N=166), y pacientes con angina de pecho (N=62). La confiabilidad test-retest y la validez predictiva del BIPQ y versiones anteriores, ha sido satisfactoria, pues en general se encuentran valores medios y medios altos en diferentes periodos evaluados (ver tabla 1). La escala también demuestra una buena validez discriminante mostrando valores altamente significativos en pacientes con diversos padecimientos como se puede observar en los valores que informan (Weinman, et al. 1996, Moss-Morris et al. 2002 y Broadbent et al. 2006); del mismo modo en diferentes estudios citados por Quiceno y Vinaccia (2010) las escalas han sido relacionadas a la calidad de vida de los pacientes tanto con enfermedades crónicas como con pacientes con enfermedades mentales, mostrando resultados satisfactorios.

Desde el año en que se publica el BIPQ, se desarrollaron múltiples investigaciones entre las

que destacan la de Pain, et al. (2006) en Italia, que empleó el instrumento con 500 pacientes con problemas cardiovasculares, neoplasias, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) y diabetes; Pacheco-Huergo (2007) en España que trabajó con una muestra de 579 pacientes con enfermedades como EPOC, artrosis, asma, hipertensión, diabetes e infarto agudo al miocardio; un año más tarde se estudiaron pacientes con enfermedad crónica: 1121 Holandeses y 121 griegos (Sluiter & Frings-Dresen, 2008; Karademas, et al. 2008), en el mismo año Broadbent, et al. (2008) en Nueva Zelanda estudiaron 203 pacientes del área de salud mental; en Francia Radat, et al. (2009) analiza a 1534 pacientes con cefalea. Estos estudios, aun con pequeñas variaciones en sus resultados, en general muestran el gran valor clínico y predictivo del instrumento y ponen de manifiesto la escasez de estudios en Latinoamérica.

Es importante señalar que el desarrollo instrumental en esta área tiene casi dos décadas, sin embargo en países como el nuestro, aun no se cuenta con un instrumento validado que cumpla con los criterios mínimos de confiabilidad y validez para pacientes hipertensos. Es por esto, que el objetivo del presente estudio fue analizar las propiedades psicométricas del Cuestionario de Percepción de la Enfermedad Breve (de sus siglas en inglés- BIPQ-), lo cual, también permitirá obtener los primeros datos sobre las creencias que tienen los pacientes hipertensos mexicanos sobre su enfermedad, sentando las bases para estudios posteriores que permitirán dirigir intervenciones más holísticas y que respondan a las necesidades específicas de la población en México.

MÉTODO

Participantes: Se incluyeron en el estudio 184 pacientes (39.67% hombres y 60.33% mujeres) con edades entre los 21 y 86 años (media=64.71; DT= 10.39). Se realizó un muestreo secuencial de pacientes hipertensos previamente diagnosticados por su médico familiar. Se captó a un total de 214 pacientes hipertensos de los cuales

el 24% no pudo participar por presentar características indicadas en los criterios de exclusión.

Criterio de exclusión: Pacientes con enfermedades físicas incapacitantes (con diálisis, amputaciones, artritis reumatoide, osteoartritis, problemas de audición y/o visuales) o con padecimientos psiquiátricos.

Instrumentos

Se empleó El *Brief Illness Perception Questionnaire* (BIPQ) (Broadbent et. al 2006), el cual, permite analizar la percepción de la enfermedad de los pacientes. Este instrumento tiene ocho ítems que se califican utilizando una escala de respuesta de 0 a 10, y un noveno ítem que corresponde a la causalidad. La pregunta de causalidad analiza la etiología que atribuye el paciente a su enfermedad. Cinco de los ítems cognitivos evalúan representaciones de la enfermedad: consecuencias (ítem 1), línea de tiempo (ítem 2), el control personal (ítem 3), el control de tratamiento (ítem 4), y la identidad (ítem 5). Dos de los ítems evalúan las representaciones emocionales: preocupación (ítem 6) y emociones (ítem 8). Un ítem evalúa la comprensión de la enfermedad (ítem 7). La evaluación de la representación de causalidad es un ítem de respuesta abierta adaptado del IPQ, que pide a los pacientes una lista de los tres factores causales que consideren más importantes de su enfermedad (ítem 9). El BIPQ, por lo tanto, tiene nueve ítems que resumen los contenidos de cada sub-escala del IPQ, instrumento del cual se desprende.

Al calificar el instrumento, es posible calcular una puntuación global invirtiendo las puntuaciones de los ítems 3, 4, y 7 y sumándolas a los ítems 1, 2, 5, 6 y 8. Una calificación alta refleja una visión potencialmente más dañina de la enfermedad.

Procedimiento: Se solicitó el consentimiento informado de los pacientes, se aplicó la cédula de datos socio-demográficos y el BIPQ a la muestra de pacientes hipertensos captada secuencialmente mientras esperaban su consulta en una Unidad de

Medicina Familiar del Estado de México.

Análisis de datos: Se realizó un *análisis descriptivo* de las variables incluidas en la cédula de datos sociodemográficos y del BIPQ, obteniendo medidas de tendencia central y de dispersión. Se realizó un análisis de la *confiabilidad del instrumento* analizando la calidad de los ítems mediante el método *ítem escala y correlación entre ítems*. La *consistencia interna* del BIPQ se estudió mediante el alfa de Cronbach. Se realizó un análisis de la *estructura interna* del cuestionario aplicando un análisis factorial mediante el método de extracción de componentes principales con rotación VARIMAX. Los datos se capturaron a doble entrada y se procesaron mediante el programa estadístico SPSS 19.

RESULTADOS

– Aspectos socio-demográficos y clínicos N=184

En la evaluación con el BIPQ participaron 184 pacientes (39.67% hombres y el 60.33% mujeres) con edades que fluctuaban entre los 21 y 86 años (media=64 años; DT= 10.39). Entre sus ocupaciones, el 51% de la muestra estaba dedicada al hogar, el 24% estaba pensionado, el 10% jubilado y el 15% restante tenía cargos operativos (obreros, vigilantes, comerciantes, que se distribuyeron en porcentajes menores al 5%). En lo que a escolaridad se refiere, el 43.47% sólo cursó la educación primaria, el 35.86% la secundaria, el 12.50% preparatoria y el 8.17% licenciatura. Acerca de las características de vivienda, el 96.19% tiene casa propia y el 3.81% paga renta.

Los datos clínicos de esta muestra revelan que el 67.93% de los individuos evaluados, padece hipertensión esencial y el 32.07% presenta hipertensión comórbida (4.7% eran hipertensos con insuficiencia vascular venosa, el 37.5% tenía diabetes, el 7.8% gastritis, el 4.7% hipotiroidismo, y el 30.3% reportó hiperlipidemia, hiperplasia prostática benigna, hipotiroidismo y otras enfermedades agudas sin importancia en porcentajes bajos -1.6%).

Respecto a sus niveles de presión arterial, se encontró que el nivel mínimo de tensión arterial sistólica (TAS) fue de 110 y el máximo de 210 (media=130.62), mientras que el nivel de tensión arterial diastólica (TAD) fue de 40 el mínimo y de 180 el máximo (media=130.62). Como se puede observar, las cifras de presión arterial sistólica y diastólica se encuentran fuera de los rangos normales, a pesar de que el 99.45% de la muestra toma medicamento para controlar su hipertensión.

Para analizar si había diferencias significativas en la percepción de la enfermedad entre los pacientes hipertensos esenciales y los pacientes hipertensos comórbidos (ver tabla 2), se aplicó la prueba t de student, la cual mostró que no hay diferencias en los primeros 8 ítems, entre ambos grupos. Respecto al ítem 9 se identificaron las categorías de respuesta de acuerdo a las causas de su HTA y se observó que no había diferencias significativas, por tal motivo se describirán los resultados de la muestra en general.

– Resultados del BIPQ N=184

Los resultados del BIPQ muestran que el 75% de los encuestados afirma que la HTA les afecta en su vida cotidiana (ítem 1). El 72.8% afirma que la HTA es un padecimiento “crónico”, sin embargo, al responder sobre la duración de su enfermedad afirmaron que “desean que no les dure por siempre” y consideran tener hipertensión sólo cuando perciben los síntomas (ítem 2). El 94.6% de los pacientes perciben la HTA como una enfermedad de difícil control (ítem 3). Respecto a la efectividad de su tratamiento, ellos generalmente mencionan el nombre del fármaco que les han prescrito y el 75% de ellos afirman que aun cuando toman el medicamento éste por sí solo no controla su presión arterial (ítem 4). En cuanto a los síntomas (ítem 5), el 29.9% se describe asintomático la mayor parte del tiempo, el 31% se siente preocupado constantemente por su enfermedad (ítem 6). En relación al tema de la comprensión de la enfermedad, el 98.9% no pudo explicar qué pasa en su cuerpo con la HTA, sólo el 1.1% pudo hacerlo claramente (ítem 7). El 65.8%

se siente muy impactado emocionalmente (ítem 8). Finalmente respecto a las causas de su enfermedad refieren causas muy diversas y aunque todas tienen que ver con estilos de vida, el 90% atribuye a aspectos hereditarios su hipertensión y le da un carácter inevitable a su padecimiento (ítem 9).

– Confiabilidad del instrumento

Se evaluaron los ítems mediante el método *ítem escala* (ver tabla 3), los resultados muestran que los ítems 2, 3, 4 y 7 tienen correlaciones bajas (que oscilan entre $r=.017$ y $r=.201$), en el caso del ítem 2 (¿cuánto cree usted que durará su enfermedad?) los pacientes solían expresar su deseo de que la enfermedad no fuera para siempre, aunque sabían que su HTA es crónica. En otros casos se detectó que los pacientes hacían referencia a tener HTA sólo cuando presentaban síntomas, por lo cual se observó que los pacientes tienen dificultad para entender en qué consiste su padecimiento. En el ítem 3 y 4 (¿cuánto control siente que tiene sobre su enfermedad? Y ¿qué tanto el tratamiento controla su enfermedad?), se observó que las respuestas se polarizaron, pues la mayoría de los pacientes comentaron que la HTA es una enfermedad de “muy difícil control” y que sí consideran que el fármaco controla su enfermedad, pero que sus problemas familiares y emocionales hacen que el tratamiento no sea “tan eficiente”. Respecto al ítem 7 (¿en qué medida siente usted que entiende su enfermedad?), se observó que los pacientes no pudieron explicar en qué consiste la HTA, sólo saben explicar que deben tener los valores “120/80 para ser normales o tener valores cercanos”. En cuanto a los ítems 1, 5, 6 y 8, todos tienen relaciones medias (que oscilan entre $r=.339$ y $r=.476$) con la escala total, aunque solo los ítems 5 y 6 al ser eliminados hacen que se mejore la *consistencia interna del cuestionario*. En cuanto a la consistencia interna total del instrumento obtenida con el alfa de Cronbach se observó un valor medio bajo ($\alpha=0.67$).

Dados los resultados anteriores se consideró que se debía hacer un estudio de las correlaciones entre ítems y de la estructura interna del

instrumento para tener una visión más amplia sobre el comportamiento de los ítems en esta población.

– *Correlación entre ítems*

A partir de este estudio (ver tabla 4) se puede observar que los ítems 1 (Consecuencias) y 2 (Duración) muestran una relación baja, pero significativa ($r=0.226$). Mientras que entre los siguientes pares de ítems 1-5, 1-6, 1-8, 5-6, 5-8 y 6-8, se muestran correlaciones medias significativas (valores entre $r=0.425$ y 0.625). Se puede apreciar que los 8 ítems se dividen en dos grupos -que posiblemente podrían conformar dimensiones-, por un lado, aquellos que guardan correlaciones bajas o medias que tienen que ver con las consecuencias, los síntomas, la representación emocional y la preocupación por su enfermedad, mientras que por el otro están aquellos ítems relacionados con el control y comprensión de la enfermedad (3, 4 y 7). De tal modo que para analizar con más precisión las dimensiones del instrumento, se llevó a cabo el estudio de su estructura interna.

– *Estructura interna del BIPQ*

El análisis factorial se realizó mediante la extracción de componentes principales con el método de rotación VARIMAX. Los ítems se agruparon en tres factores (ver tabla 5), al primero se le denominó factor *Percepción de síntomas y representación de la enfermedad*, compuestos por los ítems 1, 5, 6 y 8 (1: cuánto afecta su vida la HTA, 5: síntomas de la HTA, 6: preocupación por su HTA, 8: afectación emocional de la HTA); al segundo factor se le denominó *Control de la enfermedad*, conformado por los ítems 3 y 4 (3: control sobre la HTA y 4. efectividad del tratamiento); y al tercero se denominó *Conocimiento sobre la enfermedad* que incluye los ítems 2 y 7 (2: duración de la enfermedad y 7: comprensión de la enfermedad). La varianza explicada fue adecuada (61.46%). La consistencia interna se calculó mediante el coeficiente alfa de Cronbach, para la escala total se obtuvo un valor satisfactorio ($\alpha= 0.67$), en el primer factor se obtuvo una consistencia interna alta ($\alpha= 0.79$) en

el segundo factor moderada ($\alpha= 0.31$) mientras que en el tercer factor se pudo observar una consistencia baja ($\alpha= 0.16$), en este tercer factor se ha podido observar que los valores de los ítems que le componen (2 y 7), están polarizados, lo cual genera la baja consistencia interna. El ítem 2 se refiere a la duración de la enfermedad donde el 72.8% afirmó saber que la HTA es una enfermedad crónica (media= 8.48). Respecto al ítem 7, éste evalúa en qué medida el paciente entiende su enfermedad ante lo cual el 70% de los pacientes dijo no entender en qué consiste su enfermedad, aunque si saben y conocen los rangos de normalidad (Presión Arterial= 120/80), sin embargo, no comprenden exactamente qué es lo que pasa en su organismo al padecer HTA (media= 2.72).

Una vez concluido el análisis del instrumento se consideró de gran interés conservar todos los ítems de la escala, debido a que el comportamiento de todos ellos fue satisfactorio, más aun, en el factor tres se considera importante añadir dos ítems: 1. ¿Conoce los valores de la presión arterial normal? y 2. ¿Conoce los factores de riesgo para la presión arterial?, con lo cual se esperaba que elevara su consistencia interna este tercer factor.

En relación al ítem 9 causas de la hipertensión arterial, el 100% de los pacientes dieron respuestas correctas pues las 3 causas estuvieron relacionadas con aspectos como la herencia, los estilos de vida, el mal manejo del estrés y de sus emociones, la mala alimentación, la vida sedentaria y alto consumo de sal, de tal modo que ellos si identificaron adecuadamente los factores de riesgo para su HTA.

DISCUSIÓN

El objetivo de este estudio fue validar el BIPQ en población mexicana, para contar con un instrumento, válido y fiable en la práctica clínica cotidiana que facilite la detección rápida de pacientes con problemas en el manejo de su HTA. Este instrumento, ayudará al equipo multidisciplinario a desarrollar intervenciones

que les brinden a los pacientes los conocimientos necesarios sobre su enfermedad y las estrategias adecuadas para mejorar el control sobre ésta.

A partir del análisis descriptivo del BIPQ se observa que estos pacientes perciben una gran afectación en sus vidas al padecer HTA, sin embargo, no tienen claridad sobre los sucesos fisiológicos que ocurren en su cuerpo y remiten como indicador principal una “elevación del valor normal de la presión arterial 120/80”, así mismo, se observa que aun cuando “denominan a su padecimiento como “crónico”, ellos perciben su HTA como una enfermedad que solo está presente cuando hay síntomas y expresan su deseo de que el padecimiento se “cure”.

Asimismo, se observa que ellos -en su mayoría bajo tratamiento farmacológico-, dicen que su enfermedad es de muy difícil control, argumentando que su vida emocional y el estrés cotidiano les suele generar descontrol, aun cuando tomen los medicamentos prescritos.

Estas evidencias ponen de manifiesto la gran labor de los equipos sanitarios que les han proporcionado información acertada, sin embargo, aun hay mucho que hacer, sobre todo en términos de establecer una relación sólida y clara para los pacientes entre el estilo de vida y el control de su padecimiento, para que comprendan que aun sin síntomas ellos siguen teniendo hipertensión, que este padecimiento es crónico, y que ellos pueden controlar a la enfermedad siguiendo las prescripciones médicas y aprendiendo estrategias de manejo de estrés y manejo de emociones.

En este sentido las conclusiones apuntan la necesidad de instruir a los pacientes respecto a su padecimiento, fortalecer su comprensión sobre la relación entre estilo de vida y control de la HTA, enfatizando en el ámbito emocional, por lo que actualmente se han diseñado talleres sobre manejo de emociones con esta población, además de trabajar en el mejoramiento de su estilo de vida.

Sobre el estudio psicométrico del BIPQ se puede observar que desde sus versiones previas (IPQ, IPQ-R BIPQ), su fiabilidad es satisfactoria,

mostrando valores medio-altos en su consistencia interna y una fiabilidad test-retest a corto, medio y largo plazo (1, 3, y 6 meses) adecuada en general; en cuanto a la validez discriminativa en todas sus versiones ha sido buena para diferenciar entre padecimientos, y entre tipos de dolor (crónico o agudo). Los estudios de validez predictiva en las tres versiones del instrumento han sido también satisfactorios, incluso en el estudio de Broadbent et al. (2005) se tienen evidencias sobre la validez concurrente del BIPQ, la cual fue estudiada correlacionando el BIPQ con el IPQ-R, obteniendo valores medios satisfactorios (ver la tabla 1). Todos estos estudios hacen que BIPQ sea considerado como una herramienta potencialmente útil con hipertensos y es por eso que se debía validar en la muestra de hipertensos mexicanos.

En este estudio se analizó la estructura interna del instrumento BIPQ como se había hecho ya con la versión IPQ-R (Moss-Morris et al. 2002; Belendez et al. 2005), esperando obtener evidencias empíricas de que el instrumento BIPQ es capaz de brindar datos específicos y puntuales sobre las dimensiones que componen la percepción de la enfermedad y datos más generales que pueden facilitar la práctica clínica, de manera concreta, con la finalidad de dirigir intervenciones que prevengan la mala adherencia al tratamiento o una inadecuada percepción de síntomas, para favorecer un mejor control de la enfermedad y la calidad de vida de estos pacientes.

Respecto a los resultados obtenidos mediante la validación del BIPQ, se considera que aun, cuando al desarrollarlo los autores consideraron que cada ítem es la representación de cada una de las dimensiones de la versión extensa y original de donde se deriva, en esta población se obtuvo una estructura tridimensional, con buenas propiedades psicométricas, las cuales, se cree que pueden ser mejoradas al incluir dos ítems en la tercera dimensión sobre la comprensión que tienen los pacientes de la enfermedad.

Como se puede observar en la tabla 1 del

BIPQ, se ha analizado su consistencia interna y su validez tanto predictiva como discriminante en estudios previos, sin embargo, no se había estudiado su estructura en población hispano parlante, paso en definitiva indispensable, para más adelante hacer estudios de validez. Asimismo, se cree que con los pequeños ajustes -propuesto en el apartado anterior- el BIPQ, puede mantener equiparabilidad con los instrumentos que le preceden para poder avanzar en el conocimiento sobre la evaluación de la percepción de la HTA.

REFERENCIAS

- Beléndez, V. R., Bermejo, R. M. & García, M. D. (2005). Estructura factorial de la versión española del Revised Illness Perception Questionnaire en una muestra de hipertensos. *Psicothema*, 17, (2), 318-324.
- 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 (BIPQ). *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 631-637.
- Instituto Nacional de Geografía e Informática INEGI (2009a). Elaborado a partir de la base de datos de defunciones INEGI/Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud. CONAPO, 2002. Proyecciones de la Población de México, 2000-2050. SEED 2009 DGIS (Consulta: 9 de Noviembre del 2012). <http://www.inegi.org.mx/est/contenidos/proyectos/registros/vitales/mortalidad/tabulados/ConsultaMortalidad.asp>
- Instituto Nacional de Geografía e Informática [INEGI] (2009b). Causa de casos nuevos de enfermedad. Secretaría de Salud. DGEPI. Anuarios de morbilidad 2000 - 2009. www.dgepi.salud.gob.mx (Consulta: 9 de Noviembre del 2011). <http://www.inegi.org.mx/sistemas/sisept/default.aspx?t=msal06&s=est&c=22462>
- 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.
- Kearney P. M., Whelton, M., Reynolds, K., Muntner, P., Whelton, P.K. & He, J. (2005). Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet*, 365: 217-23.
- Leventhal, H., Nerenz, D.R & Steele, D.J. (1984). Illness representations and coping with health threats. En: Baum A, Taylor SE, & Singer JE, (Eds). *Handbook of Psychology and Health, Volume IV: social psychological aspects of health*. Hillsdale, NJ: Erlbaum, pp. 219-52.
- Leventhal, H. & Diefenbach, M. (1997). The active side of illness cognition. En: J.E. Skelton R. T. Croyle (Eds.). *Mental representation in health and illness*. New York: Springer-Verlag. 247-272.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., Petrie, K. J., Horne, R., Cameron, L.D., & Buick, D. (2002). The Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health*. 17, 1-16.
- Muñoz, H. O. (2006). Programas integrados de salud (PREVENIMSS). *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 44 (Supl 1):s1-s2.
- 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).
- 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>
- Quiles M. Y., Terol, C. M. y Marzo, C. J. (2009). Representación de la Enfermedad, Afrontamiento y Ajuste en los Trastornos Alimentarios. *Clínica y Salud*. 20 (2), 159-175.

- Quiceno, J. & Vinaccia, S. (2010). Percepción de enfermedad: una aproximación a partir del Illness Perception Questionnaire. *Psicología desde el Caribe*, 56-83.
- Radat, F., Lantéri-Minet, M., Nachit-Ouinekh, F., Massiou, H., Lucas, C., Pradalier, A., et al. (2009). The GRIM 2005 study of migraine consultation in France. III: Psychological features of subjects with migraine. *Cephalalgia*, 29 (3), 338-350.
- 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.
- Weinman, J. Petrie, K. J., Moss-Morris, R., & Horne, R. (1996). The Illness Perception Questionnaire: A new method for assessing illness perceptions. *Psychology and Health*, 11, 431-446.

Recibido: 01 de febrero del 2013

Aceptado: 10 de marzo del 2013

ANEXOS

Tabla 1

| Versiones / autores | Datos psicométricos del BIPQ y versiones previas | | | | | Análisis estructural |
|---|--|--|---|---|--------------------|---|
| | N | Alfa de las Subescalas | Confiabilidad (Tes t-Retes t) | Tipo de validez analizada | Varianza explicada | |
| <i>IPQ (Weinman, et al. 1996)</i> | 848 | 1. Identidad $\hat{\alpha}$ = .82 2. Duración $\hat{\alpha}$ = .73 3. Consecuencias $\hat{\alpha}$ = .82 4. Control/ cura $\hat{\alpha}$ = .73 | .84/.34/.06 ¹ .49/.51/.36 .68/.55/.55 .68/.54/.46 | Validez concurrente (valores entre r =.28 y r =0.55); p <0.0001) Validez discriminante (valores entre F =18.8 y F =35.5; p <0.0001) Validez predictiva (valores entre r =.20; p < .05 y r =.35; p <0.01) | | --- |
| <i>IPQ-R (Moss -Morris, et al. 2002)</i> | 711 | 1. Identidad $\hat{\alpha}$ =.89 2. Curso cíclico $\hat{\alpha}$ =.79 3. Consecuencias $\hat{\alpha}$ = .84 4. Control personal $\hat{\alpha}$ =.81 5. Control tratamiento $\hat{\alpha}$ =.80 6. Coherencia $\hat{\alpha}$ = .87 7. Representación emocional $\hat{\alpha}$ = .88 | ----- | Validez discriminante entre padecimientos y tipo de dolor -agudo o crónico- (t (15.94), p <.001) Validez predictiva en esclerosis múltiple valorando representación de la enfermedad y adaptación a la misma con índices como fatiga y el perfil del impacto de la enfermedad, se analiza obteniendo varianza explicada hasta del 42% e identificando que los más fuertes predictores son la identidad, el control, consecuencias y curso cíclico de la enfermedad. | 64% | Análisis de componentes principales es rotación varimax. Estructura con siete dimensiones |
| <i>IPQ-R, versión española (Beléndez, et al. 2005)</i> | 170 | 1. Control $\hat{\alpha}$ = 0.96 2. Representaciones emocionales $\hat{\alpha}$ = 0.91 3. Duración $\hat{\alpha}$ = 0.96 4. Curso cíclico $\hat{\alpha}$ = 0.95 5. Coherencia $\hat{\alpha}$ = 0.86 | ----- | Validez Factorial | 76.89% | Análisis de componentes principales rotación vari max. Estructura en cinco dimensiones. |
| <i>(BIPQ), versión abreviada (Broadbent, et al. 2006)</i> | 725 | 1. Consecuencias 2. Duración 3. Control personal 4. Control de tratamiento 5. Identidad 6. Preocupación 7. Coherencia 8. Respuesta emocional | .70/.71 ² .67/.73 .63/.42 .55/.70 .65/.75 .66/.66 .48/.61 .65/.72 | Validez concurrente entre BIPQ e IPQR con un grado de asociación significativo moderado con valores entre (r =.14 y r =.63; p <0.001) Validez discriminante entre varios padecimientos crónicos valores entre (F =4.7 y F =67.7; p <0.05) Validez predictiva en pacientes con infarto de miocardio valorando indicadores de morbilidad, de readaptación a su vida y calidad de vida obteniendo valores entre (r =.45 y r =.58; p <0.05). | ----- | --- |

Estudios psicométricos realizados al IPQ, IPQR y BIPQ.

1 Test-retest del IPQ fue de 1,3 y 6 meses en muestras de pacientes con infarto al miocardio / renales.

2 Test-retest de la versión Breve del IPQ fue de 3 y 6 semanas en muestras de pacientes renales.

Tabla 2

Comparación de medias (M) y desviación típica (DT) en la muestra en general de pacientes, pacientes con hipertensión esencial y comórbidos

| Ítems | General N=184 | | Esencial N=120 | | Comórbido N=64 | |
|-----------------------------|------------------|-------|-------------------|-------|-------------------|-------|
| | M | DT | M | DT | M | DT |
| BIPQ 1 Consecuencias | 4.20 | 3.329 | 3.89 | 3.302 | 4.78 | 3.326 |
| BIPQ 2 Duración | 8.48 | 2.857 | 8.18 | 3.043 | 9.03 | 2.397 |
| BIPQ 3 Control personal | 2.42 | 2.113 | 2.34 | 1.994 | 2.56 | 2.329 |
| BIPQ 4 Control tratamiento | 1.91 | 1.535 | 1.82 | 1.390 | 2.08 | 1.776 |
| BIPQ 5 Identidad (síntomas) | 3.53 | 3.186 | 3.13 | 2.995 | 4.28 | 3.416 |
| BIPQ 6 Preocupación | 4.80 | 3.991 | 4.50 | 3.966 | 5.36 | 4.009 |
| BIPQ 7 Comprensión | 2.72 | 2.457 | 2.72 | 2.419 | 2.73 | 2.546 |
| BIPQ 8 Emociones | 4.35 | 3.750 | 4.03 | 3.663 | 4.97 | 3.863 |

Tabla 3

Análisis de la relación ítem- escala total del BIPQ

| | Correlación ítem total | | | | |
|--|--|---|--------------------------------------|----------------------------------|--|
| | Media de la escala si se elimina el elemento | Varianza de la escala si se elimina el elemento | Correlación elemento-total corregida | Correlación múltiple al cuadrado | Alfa de Cronbach si se elimina el elemento |
| BIPQ 1 (consecuencias) | 28.21 | 120.525 | .601 | .422 | .575 |
| BIPQ 2 (Duración) | 23.93 | 156.569 | .151 | .079 | .689 |
| BIPQ 3 (control personal) | 29.99 | 161.847 | .172 | .092 | .678 |
| BIPQ 4 (control de tratamiento) | 30.50 | 165.246 | .201 | .076 | .673 |
| BIPQ 5 (identidad) | 28.88 | 127.122 | .533 | .339 | .597 |
| BIPQ 6 (preocupación) | 27.61 | 112.688 | .554 | .450 | .584 |
| BIPQ 7 (comprensión) | 29.68 | 168.436 | .017 | .042 | .708 |
| BIPQ 8 (representación emocional) | 28.05 | 113.079 | .607 | .476 | .566 |

Tabla 4

Correlaciones entre los ítems del BIPQ

| Matriz de correlaciones inter-elementos | | | | | | | | |
|--|--------------|-----------|-----------|-----------|--------------|--------------|-----------|-----------|
| | BIPQ 1 | BIPQ 2 | BIPQ 3 | BIPQ 4 | BIPQ 5 | BIPQ 6 | BIPQ 7 | BIPQ 8 |
| BIPQ 1 (consecuencias) | 1.000 | | | | | | | |
| BIPQ 2 (línea del tiempo) | .226* | 1.000 | | | | | | |
| BIPQ 3 (control personal) | .161 | -.113 | 1.000 | | | | | |
| BIPQ 4 (control tratamiento) | .084 | .040 | .194 | 1.000 | | | | |
| BIPQ 5 (identidad) | .531* | .142 | .151 | .095 | 1.000 | | | |
| BIPQ 6 (preocupación) | .449* | .116 | .135 | .165 | .435* | 1.000 | | |
| BIPQ 7 (comprensión) | .012 | .008 | .071 | .122 | .015 | -.088 | 1.000 | |
| BIPQ 8 (representación emocional) | .526* | .101 | .128 | .139 | .425* | .625* | .032 | 1.000 |

*Correlaciones Significativas

Tabla 5

Saturación de factores y propiedades psicométricas en la muestra de pacientes con

| Estructura interna del BIPQ | | | |
|--|--------------------|----------|----------|
| | Hipertensos | | |
| | N=184 | | |
| | á= 0.67 | | |
| | FACTORES | | |
| | 1 | 2 | 3 |
| BIPQ 1 (consecuencias) | 0.786 | | |
| BIPQ 2 (línea de tiempo) | | | 0.786 |
| BIPQ 3 (control personal) | | 0.645 | |
| BIPQ 4 (control de tratamiento) | | 0.636 | |
| BIPQ 5 (identidad) | 0.734 | | |
| BIPQ 6 (preocupación) | 0.803 | | |
| BIPQ 7 (comprensión) | | | 0.792 |
| BIPQ 8 (representación emocional) | 0.805 | | |
| Alfa (á) | 0.79 | 0.31 | 0.16 |
| Varianza explicada | 61.46% | | |

