

Artículos originales:

Validación de la Encuesta de Percepción de Enfermedad Revisada (Illness Perception Questionnaire) entre pacientes con patologías crónicas médicas y psiquiátricas

Verónica Larach¹, Carlos Cruz², Pilar López-Mateo³, Luis Varela³

Resumen

Marco teórico:

La Percepción de Enfermedad es una variable importante en la evolución de los pacientes. Existen métodos de evaluación cualitativa de éste parámetro, sin embargo, no son aplicables a la población chilena por no estar adaptados al lenguaje local y cotidiano.

Objetivo:

Realizar una traducción del Illness Perception Questionnaire Revised, conservando la validez y fiabilidad original.

Materiales y Métodos:

Traducción y retraducción de la escala por experto. Piloteo de evaluación a 33 pacientes con enfermedades crónicas. Encuesta a 112 pacientes (49 diabéticos, 37 hipertensos y 33 esquizofrénicos) todos pertenecientes al CRS Hospital El Pino.

Conclusiones:

En base al porcentaje de concordancia obtenido (95%) entre la versión original y la traducida a la lengua española y al reporte de los entrevistadores con respecto a la comprensibilidad manifestada por los pacientes, podemos concluir que la traducción por nosotros aplicada cumple con los criterios de validez.

Palabras claves: Percepción de Enfermedad, métodos de evaluación cualitativa, Illness Perception Questionnaire Revised

Validation of Illness Perception Survey Revised (Illness Perception Questionnaire) among patients with medical and psychiatric chronic diseases

Summary

Theoretical Framework:

The perception of disease is an important variable in the patient evolution. There are methods of qualitative evaluation of this parameter, however, are not applicable to the Chilean people for not being adapted to the local and everyday language.

Objective:

A translation of the Revised Illness Perception Questionnaire, preserving the original set reliability and validity.

Materials and Methods:

Translation and back translation of the scale by an expert. Piloting assessment to 33 patients with chronic diseases. Survey of 112 patients (49 diabetic and 33 hypertensive schizophrenics 37) all belonging to the CRS Hospital Pino.

Conclusions:

Based on the percentage of concordance obtained (95%) between the original version and the translated version in the Spanish language and the interviewers' report regarding the comprehensibility expressed by the patients, we can conclude that the translation applied by us meets the criteria of validity.

Key Words: Illness Perception, qualitative evaluation methods, Illness Perception Questionnaire Revised

1. Médico psiquiatra. Prof. Titular Universidad Andrés Bello.
2. Médico Psiquiatra. Doctor en Ciencias Sociales
3. Médico Psiquiatra

Introducción

"En suma, un concepto transcultural de enfermedad debería incluir, además de sus nociones científicas básicas, las variaciones en su manera de presentación, en su reconocimiento profesional, en las ideas respecto a su origen y significado y por fin, las vivencias del enfermo ante su experiencia directa y las respuestas a tales vivencias" (Roa A, 2007)

El desarrollo que ha experimentado la Medicina durante los últimos 100 años ha permitido presenciar cambios inimaginables para épocas previas: tipificación del genoma humano, conservación de células madre, diseño de fármacos a partir de estudios moleculares, disponibilidad de estudios de imágenes funcionales.

El eje de estos avances ha sido la incorporación de tecnologías cada vez más complejas y específicas para identificar, conocer y descubrir aspectos íntimos de las condiciones fisiopatológicas que subyacen a lo observado en la clínica.

El paso necesario para implementar y hacer más eficientes las nuevas tecnologías implica la estandarización de enfermedades, procedimientos y tratamientos. Es así como el centro de la atención y los esfuerzos se han puesto en los aspectos objetivos en desmedro de la *dimensión subjetiva* que viene a ser en el fondo la persona que enferma. (Navarro F., 2006) (Markova IS, Berríos GE. 1992) (Markova I, Berríos G, 2000) (Villagrán J, Luque R. 2000)

Hemos creído interesante estudiarlo en enfermedades mentales y médicas. La experiencia clínica con las enfermedades médicas generales nos hace sospechar que en este ámbito podría no ser muy distinto del que existe en las enfermedades mentales en las que se ha estudiado. (Valencia-Toroa P., Mora C. 2014)

En un estudio en pacientes hospitalizados por causa médica, (Soskís (1978) menos de la mitad conocía su diagnóstico, aunque el 87% tenía alguna idea sobre la condición patológica que lo afectaba y la necesidad de tratamiento.

El concepto de *insight* en enfermedad mental emergió alrededor de la mitad del siglo XIX, como un fenómeno independiente que podía ser explorado en los pacientes. Esto se entiende por diferentes contextos: a) interés incrementado en la individualidad y auto-reflexión propia de la época, junto con el desarrollo de conceptos como introspección y apercepción b) distinta visión de la naturaleza de las enfermedades mentales y el concepto de trastornos parciales; todo esto permite concebir el *insight* dentro de la locura. (Markova I, Berríos G, 2000) (Villagrán J, Luque R. 2000)

A inicios del siglo XIX, el concepto de *insight* no estaba claramente definido y se agrupaba a los pacientes según si tenían o no consciencia (*awareness*) de su enfermedad. *Awareness* se refiere al sentimiento o juicio de estar enfermo. (Villagrán JM., Luque R. 2000)

Por otro lado, el amplio concepto de *insight* incluye tanto la consciencia de un fenómeno mental como el juicio del paciente en relación a la enfermedad que le afecta. Además se concibe que los pacientes puedan tener *insight* acerca de su enfermedad y diferentes grados de éste. (Valencia-Toroa P., Mora C. 2014)

Durante el cambio de siglo, el concepto de *insight* sufrió un estancamiento, lo cual se ha basado en el tomar otras consideraciones para definirlo: inteligencia, cultura, experiencia pasada, capacidad de observación, memoria, etc. (Valencia-Toroa P., Mora C. 2014)

En el campo de la Psiquiatría se ha avanzado en el estudio de la consciencia de enfermedad principalmente en el ámbito de la Esquizofrenia. Existen en la actualidad varias escalas desarrolladas con ese propósito, las más utilizadas son:

- *Insight and Treatment Attitude Questionnaire (ITAQ)*
 - Actitud del paciente respecto de la necesidad de hospitalización y tratamiento
 - El nivel de *insight* está dado por el grado de concordancia entre las opiniones del paciente y de los profesionales en relación a las actitudes de los primeros (Mc Evoy JP, 1989) (Mc Evoy JP, Apperson LJ, 1989)
- *Schedule for Assessing Insight (SAI)*
 - Evalúa el grado de aceptación de la enfermedad, necesidad de tratamiento y enjuiciamiento de los fenómenos psicóticos (David AS. 1990)
- *Scale to Assess Unawareness of Mental Disorder (SUMD)*
Evalúa:
 - Conciencia de Enfermedad
 - Atribución con respecto a la enfermedad (Amador XF, 1991) (Amador XF, 1993) (Amador XF, 1994) (Amador XF, 1996).

Illness Perception Questionnaire –Revised IPQ-R

Dado que la traducción al español (*Illness Perception Questionnaire*) utiliza expresiones y modismos no aplicables al lenguaje de Chile, se decidió traducir y validar la encuesta con el fin de utilizarla en nuestro país. (Pacheco-Huergo V., 2012).

Hipótesis

"La versión en español del IPQ-R permite evaluar la consciencia de enfermedad conservando la validez y confiabilidad del cuestionario original"

Materiales y Métodos

El IPQ - R consta de cuatro secciones: (1) Reconocimiento de nueve síntomas experimentados y relación de éstos con la enfermedad que se padece. El paciente debe responder "Sí" o "No" en relación a si ha experimentado los síntomas y si se relacionan con su enfermedad (2) Treinta y tres afirmaciones (Escala de Likert) respecto a las dimensiones de Temporalidad, Cura-Control y Consecuencias. (3) Se sugieren seis causas posibles en escala de Likert. (4) La opinión del paciente de los tres factores más importantes en la causa de la enfermedad.

Ítems de las subescalas del IPQ-R

1. Identidad (suma de los síntomas con puntuación afirmativa en la columna 2 de la pregunta 1)
2. Ítems de Timeline (Duración) (aguda/crónica).
IP1 - IP5 + IP18
3. Ítems de Consecuencias IP6 - IP11
4. Ítems de Control personal IP12 - IP17
5. Ítems de Control del tratamiento IP19 - IP23
6. Ítems de Coherencia de la enfermedad
7. Ítems de Timeline Cyclical (Ciclos de la enfermedad)
IP29 - IP32
8. Representaciones emocionales IP33 - IP38
9. Causas C1 - C18

Se utilizó la encuesta "Illness Perception Questionnaire" (IPQ) revisada, la cual fue traducida al español por el nuestro equipo el año 2008 y retraducida al inglés por un experto. Se encontró un 95% de concordancia entre ambas (Anexo 1)

El equipo de encuestadores, formado por 6 alumnos de 2º año de Medicina, fue capacitado para efectuar 6 encuestas cada uno. Los pacientes presentaban patología médica crónica y estaban en régimen de control ambulatorio. Se registraron las siguientes variables: edad, sexo, nivel educacional, estado civil y nombre de la patología. Tres encuestas fueron aplicadas por los encuestadores y tres fueron autoaplicadas por los propios pacientes.

En ésta primera etapa del piloteo se aplicó la encuesta a 36 pacientes y se registró el tiempo que toma la aplicación de la encuesta, así como las dudas frecuentes que aparecieron durante ésta (conceptos y términos no comprendidos).

En total, se recolectaron 30 encuestas, 15 autoadministradas y 15 aplicadas por los encuestadores observándose un 10 - 15% de incomprensión de los términos. Debido a éste inesperado hallazgo fue necesario corregir conceptos y, manteniendo el sen-

tido de las preguntas originales, se homogenizaron los términos (Acquadro C. 2008)

Se realizó una segunda etapa de piloteo, posterior a la corrección de los términos confudentes. Se efectuaron 20 encuestas y se decidió que todas las encuestas fueran efectuadas por encuestadores puesto que en la primera etapa se apreció que éste método provee una mayor variedad de respuestas, las que además se percibieron subjetivamente como más representativas. (Pacheco-Huergo V., 2012) (Acquadro C. 2008)

Selección del instrumento

Cada instrumento para evaluar la conciencia de enfermedad necesariamente refleja los conceptos de cada autor sobre el tema, lo que determina tanto las formas como los contenidos de las evaluaciones.

Actualmente, se acepta que la conciencia de enfermedad es un fenómeno multidimensional, cuya evaluación se logra con mayor precisión a través del uso de instrumentos dimensionales (Greenfeld D, Stauss J. 1989) (Smith T, Hull J, . 2000) (Mintz AR, Robson KS, 2003).

Con esto se deja atrás la concepción categorial: ya no es válido preguntar si alguien tiene o no tiene conciencia de enfermedad, sino que la pregunta es:

¿Qué grado de conciencia de enfermedad tiene esta persona en particular?

Con el propósito de aproximarse de manera abarcadora al fenómeno de conciencia de enfermedad, en general, (y no enfermedad mental, en particular) y poder realizar comparaciones entre grupos aparentemente heterogéneos, se seleccionó la escala IPQ-R.

A partir del Modelo Autoregulatorio propuesto por Leventhal, el cual se basa en la teoría de que el individuo dirige y monitorea sus actividades y emociones en función de obtener sus metas (Cameron L, Leventhal H., 2003) se desarrolló en Nueva Zelanda y Australia, un dispositivo para evaluar cualitativamente la percepción de Enfermedad, el "Illness Perception Questionnaire".

Con una primera versión del año 1996 (Weinman J., 1996) actualmente se encuentra en una segunda versión revisada (IPQ - R) (Moss-Morris R. 2002) y en una versión breve (IPQ - B) (Hill S. 2010) (Broadbent E, 2006). Se ha traducido y validado en 15 idiomas y se ha utilizado para evaluar enfermedades de diversas especialidades.

El Cuestionario evalúa las cinco dimensiones de la enfermedad consideradas en dicho modelo: *Identidad*, se refiere a las ideas

que tiene la persona sobre la etiqueta/rótulo, la naturaleza de su condición y la relación entre ambos. **Causalidad:** ideas sobre la o las causas de la enfermedad. **Temporalidad:** percepciones sobre la duración (agudo/crónico), presentación en ciclos o episodios. **Consecuencias:** Ideas sobre la severidad e impacto de la enfermedad en el funcionamiento global. **Cura-Control:** susceptibilidad de cura e influencia de la propia conducta sobre la evolución.

Recientemente fue validada en Grecia en pacientes con cáncer (Giannousi Z., 2009) y se ha utilizado para la evaluación en la enseñanza de pregrado. (Grankvist G., 2009), dado que es el **"Gold estándar"** para la evaluación de conciencia de enfermedad en Esquizofrenia.

El estudio fue realizado en el Hospital El Pino, centro que atiende a pacientes de las comunas de San Bernardo y El Bosque, siendo ambas poblaciones homogéneas en cuanto al nivel socio económico-cultural.

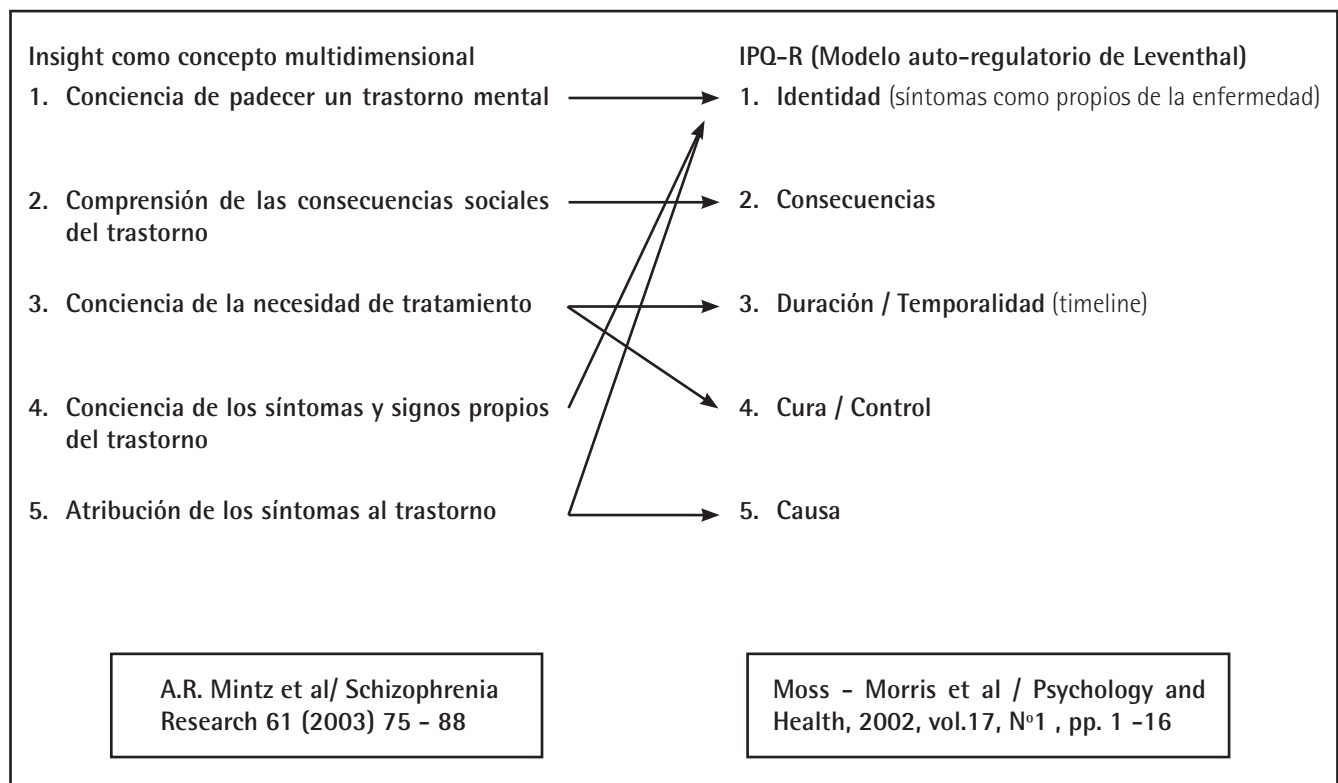
Se seleccionó la muestra de entre los pacientes del Servicio de Salud Mental y Policlínico de Diabetes e Hipertensión durante los meses de Julio a Octubre del año 2009.

El gran criterio de inclusión fue que los pacientes estuviesen en control ambulatorio, pues es en la relación cotidiana con el entorno propio y al cual se pertenece, donde los actos dan cuenta más fielmente de las percepciones y creencias de cada quien.

Elaboración de la Muestra

Los pacientes de Salud Mental, específicamente el diagnóstico de Esquizofrenia, fueron citados telefónicamente para invitarlos a participar del estudio en forma voluntaria, previa entrevista personal. Además, se invitó a participar a pacientes Esquizofrénicos estabilizados en tratamiento y control ambulatorio que estuvieran durante ese momento en Salud Mental. Todos estos pacientes cumplían con diversos protocolos de tratamiento al día, principalmente basados en antipsicóticos de primera o segunda generación (tanto de administración oral como de depósito)

Se excluyó a quienes no cumplieran con los criterios clínicos de adecuación y cooperación, y/o a quienes obtuvieran puntajes mayores a 3 en cualquier ítem de la subescala de síntomas positivos del PANSS.



En relación a los pacientes Diabéticos e Hipertensos, se obtuvo, por medio de la enfermera jefa del Policlínico de Morbilidad, la base de datos de los pacientes, con el grado de compensación de su patología (últimas glicemia, hemoglobina glicosilada, presión arterial, etc.). Fueron invitados a participar en el estudio los pacientes que se encontraban en la sala de espera de sus controles tanto con la Enfermera como con el Médico Internista tratante.

Procedimiento

Posterior a la invitación a participar en la encuesta a los pacientes, se realizó una explicación sobre el tipo de entrevista y el objetivo de la de ella, clarificando sobre la confidencialidad de los datos y sobre fines académicos de sus resultados.

Luego de la entrega de información acerca del estudio y a su consentimiento verbal en relación a la participación, se aplicó la encuesta por parte de los entrevistadores.

Para la realización de las encuestas y su posterior tabulación participaron 5 alumnos de Medicina de segundo año (que previamente encuestaron en el piloteo del proyecto) y una coordinadora de sexto año, quien además de encuestar, participó en la organización de esta etapa.

En la primera parte de la encuesta se evalúa la identificación de síntomas, para lo cual se consulta sobre si, de los 12 síntomas mencionados, los presenta o no el paciente y si los relaciona o no con la enfermedad.

Posteriormente, se evalúan las dimensiones tanto de identificación de síntomas, de consecuencias, de evolución aguda/crónica, evolución cíclica, coherencia y representación emocional, por medio de Escala original de 5 puntos de Likert.

Finalmente la relación causal se presenta en una sección separada que usa la misma Escala de Likert.

Para su realización, se habilitó un cubículo equipado para el equipo de encuestadores y pacientes, así como también un box médico en Salud Mental y otra parte de las entrevistas se realizaron en la sala de espera de los pacientes del Policlínico de Medicina (por comodidad de los pacientes principalmente y su más expedito reclutamiento)

Por motivos prácticos, y en vista a los resultados del piloteo, se decidió la aplicación de la encuesta dirigida por el equipo, de manera de no excluir a analfabetos, que aún no son una cifra poco significativa en esa población de estudio.

Resultados

Tabla N°1

Datos Demográficos

Pacientes según patología médica crónica y sexo

	DM	HTA	EQZ	Total
Hombres	16	20	13	57 (50,9%)
Mujeres	33	17	10	55 (49,1%)
Total	49 (43,8%)	37 (33%)	33 (29,5)	112

EQZ: Esquizofrenia, DM: Diabetes, HTA: Hipertensión arterial

Tabla N°2

Pacientes según sexo y edad

	Edad promedio
Hombres	51,1
Mujeres	60,7

Tabla N°3
Pacientes según sexo y escolaridad

Escolaridad	Hombres	Mujeres	Total
Ninguna	3	3	6 (5,4%)
Enseñanza Básica Incompleta	19	24	43 (38,4%)
Enseñanza Básica Completa	12	9	21 (18,8%)
Enseñanza Media Incompleta	6	8	14 (12,5%)
Enseñanza Media Completa	15	10	25 (22,3%)
Superior	1	2	3 (2,7%)

Tabla N°4
Pacientes según patología médica crónica y escolaridad

Patología	EOZ	HTA	DM
Escolaridad			
Ninguna	-	2	5
Enseñanza Básica Incompleta	8	16	23
Enseñanza Básica Completa	5	8	10

Conclusiones

Luego de la obtención de los datos de las encuestas, se realizó la tabulación de estos, en sistema de ordenador Excel, permitiendo estructurar una base de datos que resume la información en forma cuantitativa y utilizable para el análisis estadístico posterior. Con respecto a la aplicación de la encuesta, ésta tuvo una buena aceptación por la gran mayoría de los pacientes.

Se observó que el tiempo en la administración de ésta por parte de los encuestadores era mayor que cuando era autoadministrada (promedio 15 v/s 6 minutos). Susan Hill (2010), explica: "Una de las limitaciones del IPQ-R es su longitud, especialmente si se está utilizando cuando el tiempo es limitado, como en un ambiente de clínica muy concurrida, con las personas mayores, o con problemas de lectura. En estas situaciones, puede valer la pena considerar el Brief Illness Perceptions Questionnaire (Broadbent et al 2006), 9 preguntas, una pregunta que representa cada una de las subescalas."

Además se observó que a mayor edad de los pacientes, mayor tiempo en la aplicación de la encuesta, lo cual también ocurría con un menor nivel educacional.

Las encuestas administradas y ligeramente orientadas por encuestadores permiten alcanzar respuestas más fieles que repre-

sentan el nivel de aperebimiento del estado de enfermedad del paciente.

En base al porcentaje de concordancia obtenido (95%) entre la versión original y la traducida a la lengua española y al reporte de los entrevistadores con respecto a la comprensibilidad manifestada por los pacientes, podemos concluir que la traducción por nosotros aplicada cumple con los criterios de validez. (Acquadro C. 2008)

Por tanto, este cuestionario podría ser utilizado en Chile para la evaluación de percepción de enfermedad en patologías crónicas de manejo ambulatorio, como. Pacheco-Huergo V., (2012) y Beléndez Vázquez M. (2005), ambos sexo, de patógena mental como Cabassa L., (2008).

Validamos una encuesta utilizada en varios países del mundo para evaluar la percepción o conciencia de enfermedad, poniendo al alcance de los profesionales del área de la Salud, una herramienta fácil de utilizar, válida y replicable.

Estimamos lo anterior como importante ya que se puede utilizar en áreas como comparaciones entre enfermedades, instauración de programas comunitarios, etc. (Ayu AP, Dijkstra B, 2016)

Bibliografía

1. Acquadro C, Conway K., Hareendran A., Aaronson N. for the European Regulatory Issues and Quality of Life Assessment (ERIOA) Group. Literature Review of Methods to Translate Health-Related Quality of Life Questionnaires for Use in Multinational Clinical Trials. *Value Health*. 2008;11:509---21.
2. Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Gorman JM. Awareness of Illness in Schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1991; 17, 1: 113 – 132
3. Amador XF, Strauss DH, Yale SA, Flaum MM, Endicott J, Gorman JM. Assessment of Insight in Psychosis. *Am J Psychiatry* 1993; 150: 873 – 879.
4. Amador XF, Flaum M, Andreasen NC, Strauss DH, Yale SA, Clark SC, Gorman JM. Awareness of Illness in Schizophrenia and Schizoaffective and Mood Disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1994; 51: 826 – 836
5. Amador XF, Friedman JH, Kasapis C, Yale SA, Flaum M, Gorman JM. Suicidal Behavior in Schizophrenia and its Relationship to Awareness of Illness. *Am J Psychiatry* 1996; 153: 1185 – 1188.
6. Ayu AP, Dijkstra B, Golbach M, De Jong C, Schellekens A (2016) Good Psychometric Properties of the Addiction Version of the Revised Illness Perception Questionnaire for Health Care Professionals. *PLoS ONE* 11(11): e0164262. doi:10.1371/journal.pone.0164262
7. Beléndez Vázquez M, Bermejo Alegría R. y García Ayala M.^a Dolores. Estructura factorial de la versión española del Revised Illness Perception Questionnaire en una muestra de hipertensos. *Psicothema* 2005. Vol. 17, nº 2, pp. 318-324
8. Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J. The Brief Illness Perception Questionnaire. *J Psychosom Res*. 2006 Jun;60(6):631-7.
9. Cabassa L, Lagomasino I, Dwight-Johnson M., Hansen M., and Bin Xie. Measuring Latinos' Perceptions of Depression: A Confirmatory Factor Analysis of the Illness Perception Questionnaire. *Cultur Divers Ethnic Minor Psychol*. 2008 October ; 14(4): 377-384.
10. Cameron L, Leventhal H, The Self – Regulation of Health and illness Behaviour. 2003, Routledge Ed, New York)
11. David AS. Insight and Psychosis. *Br J Psychiatry* 1990; 156: 798 – 808.
12. Giannousi Z., Illness perceptions in Greek patients with cancer: a validation of the Revised-Illness Perception Questionnaire. *Psycho-Oncology* 2009; Feb 2. [Epub ahead of print].
13. Grankvist G., Brink E. Illness Perception of Nursing Students regarding Myocardial Infarction. *Nurs Educ Perspect*. 2009; 30, 4: 234 – 238.
14. Greenfeld D, Stauss J, Bowers M, Mandelkern M. Insight and Interpretation of Illness in Recovery from Psychosis. *Schizophr Bull*. 1989; 15, 2: 245 – 252.
15. Hill S. The Illness Perceptions Questionnaire-Revised (IPQ-R). *Journal of Physiotherapy* 2010 Vol. 56-280-
16. Markova IS, Berrios GE. The meaning of insight in clinical psychiatry. *Br J Psychiatry*. 1992;160:850-60
17. Markova I, Berrios G, Romero-Nieva F. Introspección y memoria. En: Bulbena A, editor. *Medición clínica en psiquiatría y psicología*. Madrid; 2000. p. 153-78
18. Mc Evoy JP, Apperson LJ, Applebaum PS. Insight in Schizophrenia: Its Relationship to Acute Psychopathology. *J Nerv Ment Dis* 1989; 177, 1: 43 – 47
19. Mc Evoy JP, Apperson LJ, Applebaum PS. Why Must some Schizophrenic Patients be Involuntarily Committed? The Role of Insight. *Comp Psychiatry* 1989; 30, 1: 13 – 17
20. Mintz AR, Robson KS, Romney DM. Insight in Schizophrenia: A Meta-analysis. *Schizophr Res* 2003; 61, 1: 75 – 88)
21. Moss-Morris R. The Revised Illness Perception Questionnaire. *Psychology and Health* 2002; 17:11-16.
22. Navarro F, Cardeño C.A., Cano J., Gómez J.M., Jiménez K., Palacio C.A., García J. Introspección en pacientes con psicosis. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. XXXV / No. 1 / 2006. Pág. 61-70.
23. Pacheco-Huergo V., Viladrich C., Pujol-Ribera E., Cabezas-Peña C., Núñez M., Roura-Olmeda P., Amado-Guirado E., Núñez E. y del VAL J L., Percepción en enfermedades crónicas: validación lingüística del Illness Perception Questionnaire Revised y del Brief Illness Perception Questionnaire para la población española. *Aten Primaria*. 2012;44(5):280---287
24. Roa A, Formas del Saber y del Amar, SONEPSYN, 2007)
25. Smith T, Hull J, Israel L, Willson D. Insight, Symptoms and neurocognition in Schizophrenia and Schizoaffective Disorders. *Schizophr Bull*. 2000; 26, 1: 193 – 200
26. Soskis (1978) Schizophrenic and medical inpatients as informed drug consumers. *Archives of General Psychiatry*, 35, 645-7)
27. Valencia-Toroa P., Mora C., Arbeláez A. M., Jaimesa D. A., Guzmán Y., Plazas M., Romero-Sánchez M. C, Valle-Oñate R. y Londoño J. ¿Cuál es la percepción de enfermedad de pacientes colombianos con lupus eritematoso sistémico? Aplicación del Revised Illness Perceptions Questionnaire (IPQ-R). *REV COLOMB REUMATOL*. 2014;21(1):4-9.
28. Villagrán J, Luque R. Psicopatología del insight. En: Berrios GE, editor. *Psicopatología descriptiva: nuevas tendencias*. Madrid; 2000. p. 389-419.
29. Villagrana JM.,Luque R.. Psicopatología del insight. *Psiquiatr Biol* 2000;7:202-15
30. Weinman J, Petrie K., Moss-Morris R., Horne R. The Illness Perception Questionnaire: A new Method for Assessing the Cognitive Representation of Illness. *Psychology and Health*. 1996; 11: 431 – 441

ANEXO 1
CUESTIONARIO DE PERCEPCIÓN DE ENFERMEDAD REVISADO (IPQ-R)

NOMBRE: FECHA:
 EDAD: ESCOLARIDAD:
 ESTADO CIVIL: ENFERMEDAD:

SUS OPINIONES RESPECTO DE SU ENFERMEDAD
 SE NOMBRAN A CONTINUACION UNA SERIE DE SINTOMAS QUE UD. PUEDE HABER TENIDO O NO DESDE QUE PADECE SU ENFERMEDAD.

ENCIERRE EN UN CIRCULO *SI* O *NO* EN RELACION A SI HA TENIDO ESTOS SINTOMAS DESDE QUE ESTA ENFERMO Y SI ES QUE UD CREE QUE ESE SINTOMA SE RELACIONA CON SU ENFERMEDAD

He tenido este síntoma desde que estoy enfermo

Este síntoma se relaciona con mi enfermedad

DOLOR	SI	NO	-----	SI	NO
DOLOR DE GARGANTA	SI	NO	-----	SI	NO
NAUSEA	SI	NO	-----	SI	NO
FALTA DE AIRE	SI	NO	-----	SI	NO
BAJA DE PESO	SI	NO	-----	SI	NO
CANSANCIO	SI	NO	-----	SI	NO
RIGIDEZ ARTICULAR	SI	NO	-----	SI	NO
ARDOR EN OJOS	SI	NO	-----	SI	NO
SOMNOLENCIA	SI	NO	-----	SI	NO
MALESTAR DE ESTOMAGO	SI	NO	-----	SI	NO
ALTERACION DEL SUEÑO	SI	NO	-----	SI	NO
MAREOS	SI	NO	-----	SI	NO
PERDIDA DE FUERZA FISICA	SI	NO	-----	SI	NO

NOS INTERESA CONOCER SU OPINION SOBRE COMO *PERCIBE ACTUALMENTE SU ENFERMEDAD*
 POR FAVOR SEÑALE QUE TAN DE ACUERDO O EN DESACUERDO ESTA UD. CON LAS SIGUIENTES AFIRMACIONES SOBRE SU ENFERMEDAD. *MARQUE CON UNA CRUZ.*

	OPINIONES SOBRE SU ENFERMEDAD	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
IP1	Mi enfermedad durará poco tiempo					
IP2	Es más probable que mi enfermedad sea permanente que temporal					
IP3	Mi enfermedad durará mucho tiempo					
IP4	Esta enfermedad pasará rápido					
IP5	Creo que esta enfermedad me acompañará el resto de mi vida					
IP6	Mi enfermedad es una condición grave					
IP7	Mi enfermedad tiene importantes consecuencias en mi vida					
IP8	Mi enfermedad no repercute mucho en mi vida					
IP9	Mi enfermedad influye mucho en cómo me ven las otras personas					
IP10	Mi enfermedad afecta mucho mi presupuesto					

	OPINIONES SOBRE SU ENFERMEDAD	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
IP11	Mi enfermedad le trae problemas a mis cercanos					
IP12	Es mucho lo que yo puedo hacer para controlar los síntomas					
IP13	Lo que yo hago puede definir si mi enfermedad mejora o empeora					
IP14	El curso de mi enfermedad depende de mí					
IP15	Nada de lo que hago puede afectar mi enfermedad					
IP16	Tengo la capacidad de influir sobre mi enfermedad					
IP17	Mis acciones no afectarán el resultado de mi enfermedad					
IP18	Mi enfermedad se irá mejorando con el tiempo					
IP19	Es poco lo que se puede hacer para mejorar mi enfermedad					
IP20	Mi tratamiento será efectivo en la cura de mi enfermedad					
IP21	Todo lo malo de mi enfermedad se puede prevenir o evitar por medio de mi tratamiento					
IP22	Mi tratamiento puede controlar mi enfermedad					
IP23	No hay nada que pueda ayudarme en mi condición					
IP24	No comprendo los síntomas de mi enfermedad					
IP25	Mi enfermedad es un misterio para mí					
IP26	No comprendo mi enfermedad					
IP27	Mi enfermedad no tiene sentido					
IP28	Entiendo perfectamente de qué se trata mi enfermedad					
IP29	Los síntomas de mi enfermedad cambian mucho de un día para otro					
IP30	Mis síntomas van y vienen cíclicamente					
IP31	Mi enfermedad es muy impredecible					
IP32	Paso por periodos en los que mi enfermedad mejora y otros en los que empeora					
IP33	Me deprime el pensar sobre mi enfermedad					
IP34	Me molesto cuando pienso sobre mi enfermedad					

	OPINIONES SOBRE SU ENFERMEDAD	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
IP35	Me enoja el pensar sobre mi enfermedad					
IP36	Mi enfermedad no me preocupa					
IP37	Tener esta enfermedad me hace sentir ansiedad					
IP38	Mi enfermedad me hace sentir temor					

CAUSAS DE MI ENFERMEDAD

ESTAMOS INTERESADOS EN CONOCER LO QUE USTED CREE QUE PUEDE HABER CAUSADO SU ENFERMEDAD. TODAS LAS PERSONAS SOMOS DISTINTAS, POR LO QUE NO HAY RESPUESTAS CORRECTAS O INCORRECTAS. LO QUE MAS NOS INTERESA ES SU PROPIA OPINION MAS QUE LA DE OTRAS PERSONAS (DOCTORES, FAMILIARES). A CONTINUACION LE PRESENTAMOS UNA LISTA DE POSIBLES CAUSAS PARA SU ENFERMEDAD. MARQUE CON UNA CRUZ INDICANDO QUE TAN DE ACUERDO ESTA USTED CON CADA AFIRMACION.

	CAUSAS POSIBLES	TOTALMENTE EN DESACUERDO	EN DESACUERDO	NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO	DE ACUERDO	TOTALMENTE DE ACUERDO
C1	Estrés o preocupación					
C2	Herencia - esta enfermedad es parte de mi familia					
C3	Gérmenes o virus					
C4	Dieta o hábitos de alimentación					
C5	Casualidad o mala suerte					
C6	Mal control médico en el pasado					
C7	Contaminación ambiental					
C8	Mis conductas en el pasado					
C9	Mis actitudes mentales (p. ej. pensamientos negativos sobre la vida)					
C10	Problemas familiares o preocupaciones son las causas de mi enfermedad					
C11	Exceso de trabajo					
C12	Mi estado emocional (P. ej. sentimiento de soledad, vacío, ansiedad)					
C13	Envejecimiento					
C14	Consumo de alcohol					
C15	Consumo de tabaco					
C16	Un accidente o una lesión					
C17	Mi personalidad					
C18	Una alteración en mi sistema inmune					

A CONTINUACION, ESCRIBA EN ORDEN DE IMPORTANCIA (DE MAS IMPORTANTE A MENOS IMPORTANTE) LOS TRES FACTORES QUE ACTUALMENTE USTED CREE QUE HAN CAUSADO SU ENFERMEDAD.
PUEDE USAR LAS CAUSAS POSIBLES DEL ITEM ANTERIOR O *PLANTEAR SUS PROPIAS IDEAS*.

LAS CAUSAS MÁS IMPORTANTES PARA MI SON:

- 1.-
- 2.-
- 3.-

Misión

Sociedad Chilena de Salud Mental

La Sociedad Chilena de Salud Mental tiene por objeto el estudio, investigación, difusión y desarrollo de las diversas disciplinas científicas relacionadas con la salud mental.

En el cumplimiento de sus objetivos la Corporación podrá:

- a) Promover, realizar y auspiciar todo tipo de eventos científicos, tales como: Congresos Científicos, Simposios, Conferencias, Mesas Redondas y Charlas.
- b) Promover y realizar estudios, investigaciones científicas y cursos de perfeccionamiento.
- c) Promover el intercambio científico entre las diversas disciplinas relacionadas con la Salud Mental.
- d) Promover el intercambio societario con otras corporaciones similares, nacionales o extranjeras.
- e) Editar y publicar revistas y todo tipo de escritos científicos.
- f) Crear y sostener Bibliotecas.
- g) En general, realizar todas aquellas acciones encaminadas al mejor logro de los fines propuestos.

“La salud mental es tarea de todos”