



Artículo Original

Desarrollo y Validación de la Escala de Ansiedad por Enfermedad en Puerto Rico

Development and Validation of the Illness Anxiety Scale in Puerto Rico

Juan Aníbal González-Rivera ^{1*}, Keren L. Santiago-Olmo ², Ana S. Cruz-Rodríguez ³, Rafael J. Pérez-Ojeda ⁴ & Hécmir Torres-Cuevas ⁵

¹ Ponce Health Sciences University, Ponce, Puerto Rico.  <https://orcid.org/0000-0003-0622-8308>

² Carlos Albizu University, San Juan, Puerto Rico.  <https://orcid.org/0000-0003-3754-8267>

³ Ponce Health Sciences University, Ponce, Puerto Rico.  <https://orcid.org/0000-0001-7993-0312>

⁴ Carlos Albizu University, San Juan, Puerto Rico.  <https://orcid.org/0000-0003-0757-7518>

⁵ Carlos Albizu University, San Juan, Puerto Rico.  <https://orcid.org/0000-0002-4987-9082>

* Correspondencia: jagonzalez@psm.edu.

Recibido: 10 diciembre 2019 | Aceptado: 27 diciembre 2019 | Publicado: 1 enero 2020

WWW.REVISTACARIBENADEPSICOLOGIA.COM

Citar como:

González-Rivera, J. A., Santiago-Olmo, K. L., Cruz-Rodríguez, A. S., Pérez-Ojeda, R. J., & Torres-Cuevas, H. (2020). Desarrollo y validación de la Escala de Ansiedad por Enfermedad en Puerto Rico. *Revista Caribeña de Psicología*, 4(1), 36-44. <https://doi.org/10.37226/rcp.v4i1.1891>

RESUMEN

El presente estudio analiza las propiedades psicométricas de la Escala de Ansiedad por Enfermedad en una muestra de adultos puertorriqueños. Un total de 300 puertorriqueños participaron en este estudio de carácter exploratorio y psicométrico. Los resultados confirmaron que la escala posee una estructura unidimensional. Los 10 ítems de la escala cumplieron con los criterios de discriminación. El índice de confiabilidad alfa de Cronbach de la escala fue .95. Estos resultados sugieren que el instrumento tiene el potencial para medir este constructo en adultos puertorriqueños. Además, la escala permitirá el avance de nuevas investigaciones sobre la ansiedad por enfermedad en adultos puertorriqueños, caribeños y latinoamericanos.

Palabras Claves: ansiedad por enfermedad; confiabilidad; propiedades psicométricas; validación

ABSTRACT

This article examines the psychometric properties of the Illness Anxiety Scale in a sample of Puerto Rican adults. A total of 300 Puerto Ricans participated in this exploratory and psychometric study. The results confirmed that the scale has a one-dimensional structure. The 10 items complied with the criteria of discrimination. The reliability index of the scale was of .95 (Cronbach's alpha). These results suggest that the instrument has the potential to measure this construct among Puerto Rican adults. Likewise, the scale will advance further research of Illness Anxiety in Puerto Rican, Caribbean and Latin American adults.

Keywords: illness anxiety; reliability, psychometric properties; validation

INTRODUCCIÓN

La quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 (American Psychiatric Association, APA, 2013) conglomerará un grupo de condiciones de salud mental bajo la categoría Trastorno de Síntomas Somáticos y Trastornos Relacionados. En esta sección se encuentran los siguientes desórdenes: trastorno de síntomas somáticos, trastorno de conversión, ansiedad por enfermedad, factores psicológicos que influyen en otras afecciones médicas, trastorno facticio y otro trastorno de síntomas somáticos. Para ofrecer un diagnóstico de esta índole, el profesional debe realizar un historial detallado sobre los síntomas somáticos presentes en los pacientes. Estos trastornos se caracterizan por síntomas físicos persistentes que están asociados con pensamientos, sensaciones y comportamientos excesivos e inadaptados en respuesta a estos síntomas y problemas de salud relacionados (Yates, 2014).

De esta categoría, el trastorno de ansiedad por enfermedad, nuevo diagnóstico en el DSM-5, explica los síntomas que aparecen en el 25% de los pacientes diagnosticados con hipocondría (Bailer et al., 2016; Brakoulias, 2014). El cuadro clínico del trastorno de ansiedad por enfermedad se caracteriza por la preocupación y el miedo de tener o adquirir una enfermedad grave (APA, 2013). Según el DSM-5, los síntomas persisten durante seis meses o más, a pesar de haber tranquilizado al paciente después de una evaluación médica detallada. Personas con este trastorno, se les dificulta inhibirse de información que se relacione a los supuestos síntomas o alguna enfermedad (Witthöft et al., 2015). La literatura confirma que este trastorno conlleva una carga considerable a largo plazo de morbilidad y deterioro funcional en todos los ámbitos (Barsky et al., 1998; Sunderland et al., 2013).

La ansiedad por enfermedad, afecta a muchas personas en algún momento de sus vidas, con la posibilidad de volverse severa, persistente y un problema clínico hasta en un 5.72% de la población en general; afectando hombres y mujeres por igual (Rodríguez-Testal et al., 2014; Torales, 2017). En Australia, aproximadamente 6% de la población ha experimentado ansiedad por enfermedad (Sunderland et al., 2013). Aunque se debe señalar que los estudios epidemiológicos sobre este trastorno son escasos, y se suele

reportar prevalencias y estadísticas de su antecesor, la hipocondría. En ocasiones, la ansiedad por enfermedad es producto de otros síntomas clínicos, tales como ansiedad social, pensamientos obsesivos y preocupaciones dismórficas sobre el cuerpo, que posteriormente pueden culminar en ansiedad fisiológica (López-Solà et al., 2018). Estudios han demostrado que la utilización de servicios o equipo médico puede reducir la ansiedad por enfermedad de forma temporera, más aún cuando los pacientes no disponen de experiencias psicoterapéuticas que ayuden a corregir los pensamientos disfuncionales que contribuyen de manera activa al desarrollo del trastorno (Abramowitz et al., 2002; Salkovskis & Warwick, 2001).

Diferentes detonantes pueden provocar este tipo de ansiedad, como por ejemplo: sensaciones corporales (hinchazones, manchas, etc.), heridas, cambios en funciones corporales (como pérdida de energía, insomnio, pérdida de memoria, fatiga, etc.), información que puede tener riesgos a la salud, imágenes o pensamientos intrusivos, proximidad de amenazas ambientales (e.g., sangre, alimentos en estado de putrefacción), proximidad a personas quienes están evidentemente enfermas, pensamientos sobre perder el control y actuar de manera desacostumbrada y extraña, episodios de depresión, proximidad a personas que poseen disturbios mentales, noticias sobre enfermedades angustiosas en familiares o cercanos, dolores episódicos o crónicos e imágenes intrusivas recurrentes sobre el dolor y sus consecuencias (Rachman, 2012). Los dolores se describen como intrusivos, frecuentemente angustiosos, dominantes y en ocasiones como un síntoma de gran preocupación. Los pacientes que sufren dolores crónicos comúnmente experimentan ansiedad por enfermedad (Rachman, 2012).

La ansiedad por enfermedad no solo causa gran sufrimiento al individuo, sino que también es muy costoso. Pacientes con este diagnóstico, utilizan entre 41% a 78% más veces los servicios de atención primaria que aquellos pacientes con una enfermedad definida (Fink et al., 2010). De igual forma, se ha evidenciado que utilizan estudios médicos más especializados y declarar discapacidad ocupacional (Barsky et al., 2005; Mykletun et al., 2009); creando un impacto directo a los sistemas de salud nacionales. El costo médico estimado de pacientes con trastornos de síntomas somáticos anualmente se encuentra alrededor de \$256 billones de dólares (Barsky et al., 2005). Es

importante destacar, que los pacientes con ansiedad por enfermedad experimentan más ansiedad al compararlos con personas que tienen enfermedades concretas y bien diagnosticadas (Fink et al., 2010).

Existen también estudios preliminares que sugieren que aquellos individuos con niveles altos de ansiedad por la salud, no solo hacen búsquedas cibernéticas sobre información médica más a menudo, sino que también se muestran significativamente más afectados por esa búsqueda (McManus et al., 2014). Este tipo de conducta hace que la persona permanezca en un estado prolongado de ansiedad por su salud, aumentando así los pensamientos obsesivos sobre la posibilidad de una amenaza real de alguna enfermedad seria. Aquellos que padecen de este tipo de ansiedad perciben esta amenaza de manera personal y relevante, llevándolos a sentirse más angustiados ante la posibilidad de estar gravemente enfermos (McManus et al., 2014).

Propósito del Estudio

Luego de realizar una exhaustiva revisión de literatura, solo se encontraron dos instrumentos que miden síntomas asociados a la ansiedad por enfermedad. Cabe señalar que estos instrumentos fueron desarrollados en inglés, y hasta donde es de nuestro conocimiento, no han sido adaptados al español. El primero de ellos es el *Health Anxiety Inventory* (Salkovskis, 2002). Este instrumento se compone de 37 ítems y cuenta con un índice de consistencia interna Alfa de Cronbach de .89. El segundo instrumento es el *Health Anxiety Scale* (Lucock & Morley, 1996). Se compone de 21 ítems que miden cuatro aspectos: preocupación por la salud, miedo a la enfermedad y a la muerte, solicitud de asistencia, e interferencia con la vida. Cuenta con un índice de consistencia interna Alfa de Cronbach de .92.

Como mencionamos, confirmamos que no se han desarrollado instrumentos en español para medir síntomas asociados a la ansiedad por enfermedad ni ansiedad por la salud en América Latina ni el Caribe. Tomando esto en consideración, el presente trabajo tuvo como propósito desarrollar y validar la Escala de Ansiedad por Enfermedad en una muestra de hispanos residentes en Puerto Rico. Con este fin, se examinó la validez de constructo, la validez convergente y la confiabilidad del instrumento para corroborar si

los reactivos del mismo son consistentes en la medida de síntomas asociados a la ansiedad por enfermedad.

MÉTODO

Diseño de Investigación

El diseño de investigación utilizado fue no experimental, transversal, de tipo instrumental (Ato et al., 2013; Montero & León, 2007). Esta investigación fue aprobada por el Comité para la Ética en la Investigación de la Universidad Carlos Albizu en San Juan, Puerto Rico (Protocolo #Fall 18-29).

Participantes

La muestra estuvo compuesta de 300 adultos hispanos residentes en Puerto Rico. Los mismos fueron seleccionados por disponibilidad a través de un anuncio pagado en las redes sociales. La edad promedio de las participantes fue de 37.70 (DE = 12.61). En la Tabla 1 presentamos las características sociodemográficas de la muestra. Para participar en este estudio, se establecieron los siguientes criterios de inclusión: (1) ser mayor de 21 años de edad, (2) tener la capacidad de leer en español, y (3) residir en Puerto Rico.

Tabla 1

Información sociodemográfica de la muestra.

	<i>n</i>	%
<i>Sexo</i>		
Mujer	216	72.0
Hombre	84	28.0
<i>Preparación Académica</i>		
Escuela superior o menos	14	4.7
Grado asociado o técnico	53	17.7
Bachillerato	121	40.3
Maestría	73	24.3
Doctorado	39	13.0
<i>Ingresos anuales</i>		
\$0–25,000	190	63.3
\$26,000–50,000	83	27.7
\$51,000–75,000	16	5.3
\$76,000–100,000	5	1.7
\$101,000 o más	6	2.0

Nota: N = 300.

Instrumentos

Cuestionario de Datos Generales. Se desarrolló un cuestionario de datos sociodemográficos para obtener información importante relacionada a la edad,

sexo, ingresos anuales, preparación académica, entre otras variables que permitieron la descripción de la muestra del estudio.

Escala de Ansiedad por Enfermedad. Para el desarrollo de la escala, se utilizaron los criterios diagnósticos del Trastorno de Ansiedad por Enfermedad (300.7) descritos en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Psiquiátricos DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). La versión preliminar del instrumento estaba constituida por 20 ítems con una escala de respuestas tipo Likert de cinco puntos que van de 0 a 4 (nunca, raramente, algunas veces, frecuentemente y siempre). Esta versión preliminar fue sometida a la opinión de 8 jueces expertos (doctores en psicología clínica) con el objetivo de identificar si los ítems del instrumento eran representaban los síntomas asociados al trastorno de ansiedad por enfermedad descritos en el DSM-5 (Método de Lawshe). Para rechazar o retener los ítems se utilizó el *content validity ratio* (CVR). Para interpretar los resultados, se utilizaron los valores críticos recalculados por Wilson et al. (2012). De acuerdo con estos autores, el valor mínimo requerido para 8 jueces según la tabla de Schipper es .75 para aceptar un ítem como esencial. Luego de efectuar el cálculo, se observó que todos los ítems obtuvieron valores aceptables. Se entiende que, a mayor puntuación obtenida en la escala, mayores síntomas asociados al trastorno de ansiedad por enfermedad presenta el individuo.

Evaluación del Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7). Este instrumento fue desarrollado por Spitzer et al. (2006) para evaluar el trastorno de ansiedad generalizada mediante siete ítems. En este, se pregunta a los participantes por la presencia de una serie de síntomas durante las dos últimas semanas (e.g., Preocuparse demasiado por cosas diferentes; Problemas para relajarse; Sentir miedo como si algo terrible pudiera ocurrir), y se responde según una escala tipo Likert de cuatro puntos que van de 0 a 3 (nunca, varios días, la mitad de los días y casi a diario). Las puntuaciones finales van de 0-9 = ansiedad leve, 10-14 = ansiedad moderada y 15-21 = ansiedad severa ($\alpha = .94$)

Procedimientos Generales

La recopilación de datos se llevó a cabo mediante el uso de cuestionarios a través de la plataforma PsychData, utilizando como método de reclutami-

ento un anuncio pagado en las principales redes sociales: Facebook, Instagram, Twitter, Google+, WhatsApp, entre otras. Este anuncio redirigía a las participantes a la encuesta en línea, donde leían el consentimiento informado el cual notificaba lo siguiente: (a) el propósito del estudio, (b) los criterios de inclusión, (c) la naturaleza voluntaria del estudio, (d) los posibles riesgos y beneficios, (e) así como su derecho a retirarse del estudio en cualquier momento. Para garantizar la privacidad y confidencialidad de las participantes, los cuestionarios se completaron de forma anónima y tenían la posibilidad de imprimir una copia del consentimiento informado.

Análisis de Datos

Para analizar los datos se utilizó el programa estadístico IBM SPSS versión 25.0 (IBM Corporation, 2016) donde se realizaron análisis descriptivos de la muestra, análisis de ítems para conocer su índice de discriminación, análisis de factores y análisis de confiabilidad para calcular el coeficiente Alpha de Cronbach y división en mitades de Spearman-Brown. Además, se realizó un análisis de correlación r de Pearson entre la Escala de Ansiedad por Enfermedad y el GAD-7 para examinar la validez convergente del instrumento. Índices de correlación inferiores a .35 se consideran correlaciones débiles o bajas, valores entre .36 y .67 se consideran correlaciones moderadas, valores entre .68 y .89 se consideran correlaciones altas y, por último, valores de .90 en adelante se consideran correlaciones muy altas (Taylor, 1990).

Para el análisis factorial exploratorio se utilizó el método de extracción de mínimos cuadrados no ponderados con rotación oblicua para identificar las variables latentes que subyacen en los ítems. El método de extracción de mínimos cuadrados no ponderados es el más recomendado actualmente para trabajar con muestras pequeñas, especialmente si el número de factores a retener es pequeño (Jung, 2013) y evita la aparición de saturaciones mayores que la unidad y varianzas de error negativas (Lloret-Segura et al., 2014). Por su parte, la rotación oblicua es más precisa que la rotación octogonal (Schmitt, 2011). Como criterios de aceptación, consideramos aquellos ítems con una carga factorial mayor a .50 en un solo factor (Stevens, 2002). Para conocer la capacidad de discriminación de los ítems de los factores se calculó el índice de correlación ítem total (rbis), el cual debe ser mayor a

.30 (Kline, 2005). Para conocer el grado de confiabilidad de la escala, se calcularon el coeficiente alfa de Cronbach, alfa de Cronbach estandarizado y el coeficiente de división en mitades de Spearman-Brown. Field (2013) y Kline (2000) indican que índices mayores a .70 son aceptables.

RESULTADOS

Validez de Construcción Lógica

Los resultados del primer análisis factorial exploratorio mostraron una estructura de bifactorial que explicaba el 72.65% de la varianza de los datos. Al revisar las cargas factoriales, se identificaron nueve ítems que no cumplieron con los requisitos de retención u obtuvieron cargas factoriales negativas, por lo cual fueron eliminados los ítems 1–8, 10 y 18. Luego de eliminar estos 10 ítems, un segundo análisis factorial exploratorio mostró una estructura unifactorial, que explica el 70.23% de la varianza de los datos ($KMO = .95$; $\chi^2 = 2616.101$ (45), $p < .001$). Las cargas factoriales de los ítems superan el .72, cumpliendo con las recomendaciones de Stevens (2002). En la Tabla 2 se presentan las cargas factoriales obtenidas por los 10 ítems.

Análisis de Discriminación

Luego, se realizó un análisis de discriminación a través del índice de correlación ítem-total (r_{bis}). Además, se calculó la varianza explicada de la escala total en los ítems. La Tabla 2 presenta los índices de discriminación de la versión final de la escala, los cuales están por encima del mínimo recomendado de .30 (Kline, 2005) y la varianza explicada por cada ítem.

Análisis de Confiabilidad y Validez Convergente

Los 10 ítems fueron sometidos a un análisis de consistencia interna para determinar el índice de confiabilidad de la escala. Para ello, se utilizaron dos métodos: el coeficiente alfa de Cronbach y división en mitades de Spearman-Brown. Los resultados mostraron un coeficiente alfa de .95 y de .93 para la prueba Spearman-Brown. Por último, el análisis de correlación r de Pearson evidenció una asociación moderada, positiva y estadísticamente significativa entre el GAD-7 y la Escala de Ansiedad por Enfermedad ($r = .61$, $p < .001$, $r^2 = .37$), aportando evidencia de validez convergente. La Tabla 3 presenta el Alfa de Cronbach, Alfa de Cronbach estandarizado, el coeficiente de la prueba Spearman-Brown, el índice de correlación entre las escalas, la media y la desviación estándar.

Tabla 2

Cargas factoriales de ítems, índices de discriminación y varianza explicada.

Ítems	r_{bis}	R^2	CF
9. Con frecuencia examino mi cuerpo en busca de signos de alguna enfermedad.	.71	.52	.72
11. Constantemente siento que puedo desarrollar una enfermedad grave.	.82	.73	.84
12. Con frecuencia mis amigos y familiares consideran que me preocupo demasiado por mi salud.	.80	.68	.82
13. Me encuentro constantemente pensando en enfermedades que podría tener.	.87	.80	.89
14. Siento que podría enfermar, aunque actualmente esté en buen estado de salud.	.80	.73	.82
15. Constantemente comunico a las demás personas mis preocupaciones acerca de las enfermedades que pueda tener.	.77	.62	.79
16. La preocupación de una enfermedad no me permite relajarme.	.86	.77	.89
17. Me preocupo mucho por mi salud al escuchar que alguien se ha enfermado.	.78	.62	.80
19. Siento frustración cuando comunico mis preocupaciones acerca de las enfermedades que pueda tener y no me entienden.	.76	.63	.78
20. Constantemente mis preocupaciones acerca de las enfermedades que pueda tener impiden que realice actividades cotidianas.	.80	.70	.82

Nota: $N = 300$. r_{bis} = Índice de discriminación; R^2 = Varianza explicada; CF = carga factorial.

Tabla 3

Medias, desviaciones estándar, alfas y correlaciones entre las escalas.

	<i>M</i>	<i>DE</i>	α	α_{est}	<i>SB</i>	1 (r^2)	2 (r)
GAD-7	7.87	6.51	.94	.94	.92	-	.61
Ansiedad por Enfermedad	8.10	8.22	.95	.95	.93	.37	-

Nota: $N = 300$. M = media; DE = desviación estándar; α = alfa de Cronbach; α_{est} = alfa de Cronbach estandarizado; SB = coeficiente Spearman-Brown. La correlación sobre la diagonal representa la correlación r de Pearson, mientras que la correlación bajo la diagonal representa el coeficiente de determinación r^2 . Todas las correlaciones fueron significativas a $p < .001$.

DISCUSIÓN

A partir de los hallazgos, se puede establecer que la Escala de Ansiedad por Enfermedad posee adecuadas propiedades psicométricas para medir síntomas asociados a la ansiedad por enfermedad en adultos puertorriqueños. Estos síntomas pueden ser indicadores de la presencia del Trastorno de Ansiedad por Enfermedad descrito en el DSM-5 (APA, 2013). Los distintos análisis psicométricos realizados sobre la Escala de Ansiedad por Enfermedad muestran la elevada fiabilidad y validez del instrumento. Además, la escala demostró una adecuada validez de constructo, comprobada a través del análisis factorial exploratorio. Por su parte, la correlación moderadamente alta de la Escala de Ansiedad por Enfermedad con el GAD-7 aporta evidencia sobre la validez convergente de la escala. Esto aporta evidencia a que la escala es una medida confiable de ansiedad por enfermedad y distinguible de otras medidas de ansiedad generalizada.

En términos teóricos, los hallazgos psicométricos demostraron la unidimensionalidad de la Escala de Ansiedad por Enfermedad. Esta única dimensión recoge cogniciones y conductas cónsonas con la preocupación y miedo de tener o adquirir una enfermedad grave. Específicamente, estas manifestaciones son: examinar el cuerpo en busca de signos de enfermedad, pensamientos intrusivos sobre la presencia de alguna enfermedad presente o futura, comunicar a los allegados sus preocupaciones sobre la posible enfermedad, ansiedad y estrés por los pensamientos sobre la posible enfermedad –en ocasiones incapacitantes–, y frustración al sentirse invalidado o incomprendido por los demás. Es importante señalar que estos síntomas pueden agravarse considerablemente y causar fuertes pensamientos maladaptativos y

deterioro funcional en todos los ámbitos (Barsky et al., 1998; Sunderland et al., 2013).

En términos prácticos, se demostró que la Escala de Ansiedad por Enfermedad puede ser utilizada para el desarrollo de nuevas investigaciones sobre síntomas asociados a trastornos somáticos y sus posibles correlaciones con otras variables psicosociales o de salud mental. De igual forma, este instrumento sirve como una herramienta de avalúo en procesos psicoterapéuticos y clínicos. La exploración de estos síntomas ayudaría a profesionales de la psicología a: (1) diferenciar entre la ansiedad por enfermedad y otros posibles trastornos de salud mental (e.g., ansiedad generalizada o trastorno de síntomas somáticos), (2) la exploración de las características específicas del problema para una mejor conceptualización del caso, y (3) el desarrollo de un plan de tratamiento adecuado y dirigido. Por estas razones, entendemos que el desarrollo de esta escala puede optimizar nuestra comprensión de la ansiedad por enfermedad y mejorar el método de combatirla y tratarla. Aunque, se debe tener presente que la evaluación psicológica de la ansiedad por enfermedad está absolutamente determinada, como sucede con cualquier otro trastorno mental, por la caracterización psicopatológica y clínica que se realice. Es decir, este instrumento se constituye como una herramienta de ayuda en el proceso de avalúo clínico y no pretende sustituir el mismo.

El lenguaje sencillo del instrumento y su constitución de 10 ítems hacen de la Escala de Ansiedad por Enfermedad una herramienta útil de fácil administración y evaluación. Las puntuaciones del instrumento se calculan mediante la sumatoria de los 10 ítems para obtener un índice general de síntomas asociados a la ansiedad por enfermedad. Las puntuaciones finales van de 0-8 = síntomas mínimos, 0-15 = síntomas leves,

16-24 = síntomas moderados y 25-40 = síntomas severos.

Como parte de las limitaciones de esta investigación, se encuentra el tipo de muestreo no probabilístico por disponibilidad. Esto hace que la generalización de los resultados sea limitada. Otra de las limitaciones radica en el uso de plataformas electrónicas para la recopilación de los datos, ya que limita la oportunidad de participar de las investigaciones solo a personas que tengan acceso a internet y que, de cierta manera, dominen el uso de computadoras y/o estén familiarizadas con el uso de plataformas digitales. No obstante, el uso del internet para la recopilación de datos es una práctica en crecimiento en la investigación psicológica y psicométrica. Para futuras investigaciones, recomendamos continuar con la aplicación de la escala en contextos clínicos y en personas diagnosticadas con Trastorno de Ansiedad por Enfermedad.

REFERENCIAS

- Abramowitz, J., Schwartz, S., & Whiteside, S. (2002). A contemporary conceptual model of hypochondriasis. *Mayo Clinic Proceedings*, 77(12), 1323-1330. <https://doi.org/10.4065/77.12.1323>
- American Psychiatric Association, DSM-5 Task Force. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5™* (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Ato, M., López, J. J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Bailer, J., Kerstner, T., Witthöft, M., Diener, C., Mier, D., & Rist, F. (2016). Health anxiety and hypochondriasis in the light of DSM-5. *Anxiety, Stress, and Coping*, 29(2), 219-239. <https://doi.org/10.1080/10615806.2015.1036243>
- Barsky, A. J., Fama, J. M., Bailey, E. D., & Ahern, D. K. (1998). A prospective 4- to 5-year study of DSM-III-R Hypochondriasis. *Archives of General Psychiatry*, 55(8), 737-744. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.55.8.737>
- Barsky, A. J., Orav, E., & Bates, D. (2005). Somatization increase medical utilization and cost independent of psychiatric and medical comorbidity. *Archives of General Psychiatry* 62(8), 903-910. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.8.903>
- Brakoulias, V. (2014). DSM-5 bids farewell to hypochondriasis and welcomes somatic symptom disorder and illness anxiety disorder. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 48(7), 688-688. <https://doi.org/10.1177/0004867414525844>
- Field, A. P. (2013). *Discovering statistics using IBM SPSS Statistics* (4^a ed.). SAGE.
- Fink, P., Ørnboel, E., & Christensen, K. S. (2010). The outcome of health anxiety in primary care: A two-year follow-up study on health care costs and self-rated health. *PLoS ONE*, 5(3). Article e9873. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0009873>
- IBM Corporation. (2016). *IBM SPSS Statistics for Windows* (Version 24.0) [Software]. IBM.
- Jung, S. (2013). Exploratory factor analysis with small sample sizes: A comparison of three approaches. *Behavioural Processes*, 97(1), 90-95. <https://doi.org/10.1016/j.beproc.2012.11.016>
- Kline, P. (2000). *Handbook of psychological testing*. Routledge.
- Kline, T. J. (2005). *Psychological testing: A practical approach to design and evaluation*. Sage.
- Lloret-Segura, S., Ferreres-Traver, A., Hernández-Baeza, A., & Tomás-Marco, I. (2014). El análisis factorial exploratorio de los ítems: Una guía práctica, revisada y actualizada. *Anales de Psicología*, 30(3), 1151-1169. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361>
- López-Solà, C., Bui, M., Hopper, J., Fontenelle, L., Davey, C., Pantelis, C., Alonso, P., Heuvel, O., & Harrison, B. (2018). Predictors and consequences of health anxiety symptoms: a novel twin modeling study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 137(3), 241-251. <https://doi.org/10.1111/acps.12850>
- Lucock, M. & Morley, S. (1996). The Health Anxiety Scale. *British Journal of Health Psychology*, 1(2), 137-150. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8287.1996.tb00498.x>

CONCLUSIÓN

Las propiedades psicométricas obtenidas demuestran que la Escala de Ansiedad por Enfermedad refleja indicadores adecuados de validez y confiabilidad. Se concluye que la escala es un excelente instrumento de medición para futuras investigaciones en Puerto Rico, así como para la práctica profesional de la psicoterapia y la consejería. El apéndice A muestra la versión final de la Escala de Ansiedad por Enfermedad.

Permiso de Uso: La Escala de Ansiedad por Enfermedad está protegida por derechos de autor. Sin embargo, la misma se encuentra a disposición pública para ser utilizada en investigaciones académicas y científicas sin permiso previo ni cargos adicionales.

Financiamiento: La presente investigación fue autofinanciada por los propios investigadores.

Conflicto de Intereses: No existen conflictos de intereses de parte de los autores de la investigación.

- McManus, F., Leung, C., Muse, K., & Williams, J. (2014). Understanding Cyberchondria: an interpretive phenomenological analysis of the purpose, methods and impact of seeking health information online for those with health anxiety. *The Cognitive Behavior Therapist*, 7(e21), 1-13. <https://doi.org/10.1017/S1754470X14000270>
- Montero, I., & León, O. G. (2007). A guide for naming research studies in psychology. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862. <https://www.re-dalyc.org/pdf/337/33770318.pdf>
- Mykletun, A., Heradstveit, O., Eriksen, K., Glozier, N., Øverland, S., Mæland, J. G., & Wilhelmsen, I. (2009). Health anxiety and disability pension award: The HUSK study. *Psychosomatic Medicine*, 71(3), 353-360. <https://doi.org/10.1097/PSY.0b013e31819cc772>
- Rachman, S. (2012). Health anxiety disorders: A cognitive construal. *Behavior Research and Therapy*, 50(7-8), 502-512. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.05.001>
- Rodríguez-Testal, J. F., Sanín-Calderón, C., & Perona-Garcelán, S. (2014). From DSM-IV-TR to DSM-5: Analysis of some changes. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 14(3), 221-223. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijchp.2014.05.002>
- Salkovskis, P., & Warwick, H. (2001). Making sense of hypochondriasis: A cognitive model of health anxiety. In G. J. G. Asmundson, S. Taylor, & B. J. Cox (Eds.), *Health anxiety: Clinical and research perspectives on hypochondriasis and related conditions* (pp. 47-64). John Wiley & Sons.
- Salkovskis, P., Rimes, K., Warwick, H., & Clark, D. (2002). The health anxiety inventory: Development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological Medicine*, 32(5), 843-853. <https://doi.org/10.1017/s0033291702005822>
- Schmitt, T. A. (2011). Current methodological considerations in exploratory and confirmatory factor analysis. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 29(4), 304-321. <https://doi.org/10.1177/0734282911406653>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. B. W. & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166(10), 1092-1097. <https://doi.org/10.1001/archinte.166.10.1092>
- Stevens, J. (2002). *Applied multivariate statistics for the social sciences* (4th. ed.). Lawrence Erlbaum.
- Sunderland, M., Newby, J., & Andrews, G. (2013). Health anxiety in Australia: Prevalence, comorbidity, disability and service use. *British Journal of Psychiatry*, 202(1), 56-61. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.111.103960>
- Taylor, R. (1990). Interpretation of the correlation coefficient: A basic review. *Journal of Diagnostic Medical Sonography*, 6(1), 35-39. <https://doi.org/10.1177/875647939000600106>
- Torales, J. (2017). ¡Ayúdeme doctor, estoy muy enfermo! Una actualización de la clásica hipocondría al vigente trastorno de ansiedad por enfermedad. *Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna*, 4(1), 77-86. [http://dx.doi.org/10.18004/rvpspmi/2312-3893/2017.04\(01\)77-086](http://dx.doi.org/10.18004/rvpspmi/2312-3893/2017.04(01)77-086)
- Wilson, F. R., Pan, W., & Schumsky, D. A. (2012). Recalculation of the critical values for Lawshe's content validity ratio. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 45(3), 197-210. <https://doi.org/10.1177/0748175612440286>
- Witthöft, M., Mier, D., Ofer, J., Müller, T., Rist, F., Kirsch, P., Bailer, J., & Diener, C. (2013). Neuronal and Behavioral Correlates of Health Anxiety: Results of an Illness-Related Emotional Stroop Task. *Neuropsychobiology*, 67(2), 93-102. <https://doi.org/10.1159/000345545>
- Yates, W. (2014). *Somatic symptom disorders: Background, pathophysiology, epidemiology*. <https://emedicine.medscape.com/article/294908-overview>



Obra bajo licencia de Creative Commons Atribución 4.0 Internacional (CC BY 4.0).
© 2020 Autores.

Apéndice A

Escala de Ansiedad por Enfermedad

Instrucciones: A continuación, encontrará una serie de premisas que hacen referencia a ciertas situaciones o preocupaciones relacionadas a su salud. Al lado de cada premisa encontrará una serie de alternativas. Por favor, haga una marca de cotejo en la categoría que mejor describa la frecuencia con que experimenta dicha situación o preocupación. Recuerde que no hay respuestas correctas ni incorrectas.

	Nunca	Raramente	Algunas veces	Frecuentemente	Siempre
1. Con frecuencia examino mi cuerpo en busca de signos de alguna enfermedad.	<input type="checkbox"/>				
2. Constantemente siento que puedo desarrollar una enfermedad grave.	<input type="checkbox"/>				
3. Con frecuencia mis amigos y familiares consideran que me preocupo demasiado por mi salud.	<input type="checkbox"/>				
4. Me encuentro constantemente pensando en enfermedades que podría tener.	<input type="checkbox"/>				
5. Siento que podría enfermar, aunque actualmente esté en buen estado de salud.	<input type="checkbox"/>				
6. Constantemente comunico a las demás personas mis preocupaciones acerca de las enfermedades que pueda tener.	<input type="checkbox"/>				
7. La preocupación de una enfermedad no me permite relajarme.	<input type="checkbox"/>				
8. Me preocupo mucho por mi salud al escuchar que alguien se ha enfermado.	<input type="checkbox"/>				
9. Siento frustración cuando comunico mis preocupaciones acerca de las enfermedades que pueda tener y no me entienden.	<input type="checkbox"/>				
10. Constantemente mis preocupaciones acerca de las enfermedades que pueda tener impiden que realice actividades cotidianas	<input type="checkbox"/>				