



**GRADO EN PSICOLOGÍA**

Trabajo Fin de Grado

Curso 2024-2025

Convocatoria: Junio 2025

**Modalidad:** Investigación empírica

**Título:** Factores psicológicos asociados a la ansiedad por enfermedad: un estudio exploratorio.

**Autora:** Bru Alacid, Esther

**Tutora:** Coloma Carmona, Ainhoa

Elche, 27 de mayo de 2025

## ÍNDICE

<b>RESUMEN .....</b>	<b>3</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>4</b>
<b>MÉTODO .....</b>	<b>7</b>
Participantes.....	7
Variables e Instrumentos .....	8
Procedimiento .....	10
<b>RESULTADOS .....</b>	<b>11</b>
Relaciones bivariadas en la ansiedad por enfermedad.....	11
Diferencias de medias en grupos con “Baja” y “Alta” ansiedad por enfermedad .....	12
<b>DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....</b>	<b>14</b>
<b>REFERENCIAS.....</b>	<b>18</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>24</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> Características sociodemográficas de la muestra.....	<b>7</b>
<b>Tabla 2.</b> Correlaciones entre la puntuación total de la escala de ansiedad por enfermedad (IAS) y las variables psicológicas .....	<b>11</b>
<b>Tabla 3.</b> Resultados prueba t y tamaño del efecto en función del nivel de ansiedad por enfermedad (AE).....	<b>13</b>

## RESUMEN

**Introducción.** La ansiedad por la enfermedad ha crecido en la última década por múltiples factores. El objetivo de este estudio es explorar las relaciones entre las diferentes variables individuales con la ansiedad por enfermedad en población general. **Método.** Se realizó un estudio exploratorio transversal con muestreo no probabilístico en el que participaron 102 personas entre 18 y 70 años (M=34 años; DT=15,1), 78,4% (n=80) mujeres y 21,6% (n=22) hombres. **Resultados.** Las variables tolerancia a la incertidumbre ( $p<0,001$ ); malestar psicológico ( $p<0,001$ ); estrategias de afrontamiento (aceptación ( $p<0,001$ ), negación ( $p=0,018$ ), autodestrucción ( $p=0,022$ ), autoinculpación ( $p=0,030$ ) y reevaluación positiva ( $p=0,036$ )); el consumo de sustancias psicoactivas ( $p<0,001$ ); y la edad ( $p=0,015$ ), parecieron relacionarse significativamente con la ansiedad por enfermedad. En los análisis de medias por grupos se observó que las personas con alta ansiedad por enfermedad tienden a ser más jóvenes, presentan menor tolerancia a la incertidumbre, mayor malestar psicológico, y menor aceptación y reevaluación positiva, además de consumir menos alcohol y más tranquilizantes. **Discusión.** Estos hallazgos establecen la relevancia de las variables estudiadas con respecto al constructo, no obstante, sería interesante profundizar más en aquellas con una relación más fuerte con el objetivo de obtener resultados más esclarecedores que apoyen nuevas líneas de tratamiento en la ansiedad por enfermedad.

**Palabras clave:** Ansiedad por enfermedad; intolerancia a la incertidumbre; malestar psicológico; estrategias de afrontamiento; edad.

## INTRODUCCIÓN

La preocupación por la salud ha acompañado al ser humano a lo largo de la historia, manifestándose de múltiples formas. En la última década, eventos como la pandemia por COVID-19 y otras epidemias menores por virus similares, parecen haber intensificado esa inquietud, contribuyendo al aumento de fenómenos como la ansiedad por enfermedad en la población general (Aguilar et al., 2022; Piña-Ferrer, 2020; Wang et al., 2020).

Sin embargo, cabe destacar que la definición de esta problemática no siempre se acogió a los términos que conocemos hoy día (Torales, 2017). Su constructo y descripción han ido evolucionando con el paso de los años, acuñando, en una primera instancia, la palabra hipocondría para referirse a la preocupación por padecer o creer que se padece una enfermedad grave (Brítez et al., 2012; Torales, 2017). No obstante, tanto su construcción como etimología se consideraron obsoletas y anticuadas con el uso, al no reflejar de manera completa la complejidad de la problemática y suponer dificultades en el diagnóstico de pacientes con alteraciones clínicas diversas (Brakoulias, 2014; Starcevic, 2014). Fue en 2013, con la publicación de la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM-5) de la Asociación Americana de Psiquiatría, que se incorporaron dos nuevos trastornos para sustituir el término hipocondría: el trastorno de síntomas somáticos y el trastorno de ansiedad por enfermedad (TAE) (APA, 2013; Starcevic, 2014).

En el presente estudio, el foco permanecerá en el segundo trastorno: la ansiedad por enfermedad. Esta se define como una preocupación generalizada y no delirante ante la posibilidad de contraer o la idea de que ya se padece una enfermedad grave sin presentar síntomas somáticos que lo justifiquen y que genera una alarma angustiante ante el estado de salud (APA, 2013). Esta preocupación suele interferir significativamente en el funcionamiento diario de las personas que la sufren, al centrar gran parte de su atención en sensaciones corporales o cambios físicos que, en muchas ocasiones, llevan a una comprobación constante de su salud o al uso de recursos médicos para aliviar su malestar (APA, 2013; OMS, 2018; Brítez et al., 2012). Sin embargo, es importante remarcar que, a diferencia del trastorno de síntomas somáticos, esta ansiedad no nace de la presencia de los síntomas en sí, sino de la convicción de que esos síntomas son una evidencia inequívoca del padecimiento de una enfermedad grave no detectada (Jungmann & Witthöft, 2020; Restrepo, Castañeda-Quirama & Zambrano-Cruz, 2022; Torales, 2017).

Otro punto que resaltar también es que, más allá del enfoque clínico tradicional, existen investigaciones que han sugerido tomar la ansiedad por enfermedad como un fenómeno dimensional. Es decir, algunos autores prefieren explicar este malestar como un continuo en el que se pueden llegar a identificar diversos niveles sin la necesidad de implicar una patología clínica (Asmundson & Fergus, 2019; Ferguson, 2009). Desde esta perspectiva se defiende la

idea de que cualquier persona puede experimentar cierto grado de ansiedad por enfermedad y variar en función del contexto al que se exponga. Por ejemplo, aumentar en un caso excepcional de crisis sanitaria como la pandemia por COVID-19, y disminuir en situaciones donde la amenaza percibida sea menor. Dicha concepción podría resultar útil para indagar en las diferencias individuales a la hora de interpretar y responder ante las señales corporales o la información que se obtiene relacionada con la salud, así como el impacto que estas respuestas pueden tener en el bienestar psicológico, incluso en ausencia de un diagnóstico (Landi et al., 2020; Taylor et al., 2020).

Algunos estudios dentro de la perspectiva cognitivo-conductual muestran una relación clara entre la intolerancia a la incertidumbre y los trastornos de tipo ansioso, tanto en su padecimiento como en el mantenimiento de sus síntomas (Carleton, 2012; Jensen et al., 2016), incluyendo entre ellos el TAE (Fergus & Bardeen, 2013; Tull et al., 2020). La intolerancia a la incertidumbre se define como un miedo intenso y una capacidad reducida de afrontar aquello que no se conoce todavía (Carleton, 2016). Una baja tolerancia a la incertidumbre parece estar relacionada con una peor gestión emocional (Bardeen & Fergus, 2014), pudiendo llegar a generar preocupación y aprensión anticipatoria e inhibitoria en la persona ante eventos donde no existe una certeza clara sobre lo que va a pasar (Fergus & Bardeen, 2013; Wright et al., 2016). En el caso del TAE, la intolerancia a la incertidumbre también se ha visto relacionada con una mayor vigilancia a las sensaciones físicas (Tull et al., 2020) y una interpretación catastrófica con respecto a la gravedad de los síntomas autopercebidos (Fergus & Valentiner, 2011). Estos hechos podrían explicar una sobreestimación del riesgo para la salud en las personas con baja tolerancia a la incertidumbre y, por tanto, unos mayores niveles de ansiedad por enfermedad (Funkhouser et al., 2022).

Otro de los factores asociados parece ser el malestar psicológico (Torales, 2017). Algunos estudios realizados en adolescentes con actitudes hipocondriacas reportaron niveles más altos de síntomas depresivos, ansiosos y somatización que aquellos que no presentaban preocupaciones respecto a su salud (Sirri et al., 2015). Según una perspectiva de aprendizaje social, el malestar derivado de los problemas psicológicos podría ser uno de los desencadenantes de la somatización en los pacientes con TAE, haciendo que síntomas que a priori son mentales, se conviertan en afecciones físicas que alimenten la sintomatología de la ansiedad por enfermedad (Brítez et al., 2012). Estudios recientes afirman que este hecho podría deberse en parte al potente estigma que aún engloban las enfermedades mentales en gran parte de la sociedad, frente a las enfermedades de tipo orgánico o físico ya que, estas últimas, se consideran más reales y menos cuestionables que las de tipo psicológico (Zegarra & Guzmán, 2007; Torales, 2017).

En cuanto al afrontamiento, la forma que tienen las personas de abordar la aparición de los síntomas ansiosos parece relevante también en el padecimiento del TAE (Rojas-Salazar & Sánchez, 2021). La negación, la autoinculpación, la autodestrucción y el uso de sustancias, entre otras, son estrategias desadaptativas, asociadas a mayores niveles de ansiedad general, mientras que la aceptación, la reevaluación positiva o la búsqueda de apoyo social tienden a asociarse con una mejor gestión de los síntomas ansiosos (Nkyi & Baaba, 2024; Xu et al., 2020). Estos datos apoyan la teoría de que, ante la aparición de síntomas inexplicables, los niveles de ansiedad en personas con TAE sufrirían un incremento significativo. El hecho de no presentar estrategias adaptativas que les ayudasen a regularse con normalidad podría generar una mayor presencia de síntomas físicos por somatización, logrando a su vez aumentar la ansiedad percibida en los individuos y con ello el malestar derivado del trastorno (Brítez et al., 2012; Rojas-Salazar & Sánchez, 2021; Torales, 2017).

Por lo que respecta al consumo de sustancias, este siempre ha ido ligado a los trastornos del estado de ánimo (Crockett & Martmez, 2023). Varios estudios han asociado el consumo de alcohol, tabaco, tranquilizantes y otras sustancias psicoactivas a problemáticas de tipo ansioso como la ansiedad por enfermedad (Jeffers et al., 2015; Palmer & Daiss, 2005). Sin embargo, y pese a que no hay información clara respecto a su uso en el TAE, no sería de extrañar que ambos constructos mostrasen cierta relación, ya que podrían ser una forma más de afrontar la problemática o incluso, ser parte de lo que la genera (Arias et al., 2022; Higareda-Sánchez et al., 2021)

En referencia a las creencias irracionales sobre salud, también se han encontrado estudios que reflejan cierta conexión con la ansiedad por enfermedad (Rodríguez-Ceberio & De-la-Cruz-Gil, 2023; Rachman, 2012). Las personas con TAE son relativamente más propensas a presentar creencias irracionales frente a aquellos que no sufren este trastorno, logrando así empeorar la sintomatología ansiosa asociada (Deacon & Abramowitz, 2008; Rachman, 2012). Las ideas disfuncionales que presentan, en la mayoría de los casos, parecen estar relacionadas con la asociación errónea de signos y sensaciones corporales y el hecho irrevocable de padecer una enfermedad grave. Es por ello por lo que, así no existan realmente unos síntomas somáticos que lo justifiquen, las personas con TAE tienden a ser más catastrofistas en cuanto a su percepción de la salud, la atención médica o incluso los tratamientos médicos prescritos, alimentando de esta manera la problemática principal (Pascual-Vera & Belloch, 2018; Rodríguez-Ceberio & De-la-Cruz-Gil, 2023).

La edad ha sido otro factor que se ha identificado como una variable relevante en los trastornos de ansiedad. Un estudio realizado en población general mexicana en 2021 encontró una asociación significativa entre la edad de la muestra y los niveles de ansiedad y estrés durante la pandemia por COVID-19. En los resultados, pudo observarse que los jóvenes

presentaron una mayor probabilidad de mostrar signos de estrés elevado frente al grupo de mayor edad (Trujillo-Herández et al., 2021). También hay estudios que muestran la remarcable prevalencia del TAE en pacientes jóvenes, pese a su escaso estudio, sobre todo en situación de pandemia (Villadsen et al., 2017; Haig-Ferguson et al., 2021). Es por ello por lo que sería esperable encontrar una asociación similar entre la edad y el TAE, puesto que estos grupos de edad parecieron más vulnerables a estas afecciones emocionales (Torales, 2017).

En resumen, la ansiedad por enfermedad constituye un fenómeno clínico complejo, cuya comprensión exige un análisis multifactorial. Variables como la tolerancia a la incertidumbre, el malestar psicológico, las estrategias de afrontamiento, las creencias disfuncionales sobre la salud y factores sociodemográficos como la edad, configuran un entramado relevante para su estudio. Comprender dichas variables no solo permite mejorar la comprensión del fenómeno y sus variables relacionadas, sino que también puede contribuir al desarrollo de programas preventivos y terapéuticos más eficaces, orientados a mejorar la calidad de vida de quienes presentan este tipo de ansiedad.

Por ello, el objetivo del presente estudio es explorar las relaciones entre diversas variables individuales y la ansiedad por enfermedad, tales como el malestar psicológico, la tolerancia a la incertidumbre, las creencias irracionales sobre la salud, la edad, las estrategias de afrontamiento y el consumo de sustancias psicoactivas, en una muestra de población general española.

## MÉTODO

### Participantes

En el presente estudio participaron un total de 102 personas mayores de 18 años. El rango de la muestra se distribuye entre los 18 y los 70 años, con una media de 33,6 años (DT=15,1). El 78,4% (n=80) eran mujeres, mientras que el 21,6% (n=22) eran hombres. Respecto al resto de variables sociodemográficas hay una mayor prevalencia de personas solteras 68,9% (n=70); estudiantes 33,3% (n=34) y empleados a tiempo completo 32,4% (n=33); y prevalecen mayoritariamente aquellos con estudios superiores o estudios universitarios 52,9% (n=54). Los porcentajes detallados pueden observarse desglosados en la Tabla 1.

**Tabla 1**

*Características sociodemográficas de la muestra*

	%	n
<b>Nivel de estudios</b>		
Sin estudios	0	0
Primaria / EGB	7,8	8
Secundaria Obligatoria	4,9	5

Formación profesional	19,6	20
Bachiller / estudios medios	14,7	15
Estudios superiores / universidad	52,9	54
<b>Estado civil</b>		
Casados	25,5	26
Divorciados	2,9	3
Separados	1	1
Solteros	68,9	70
Viudos	2	2
<b>Situación laboral</b>		
Autónomo	4,9	5
Desempleado	8,8	9
Empleado tiempo completo	32,4	33
Empleado tiempo parcial	16,7	17
En prácticas	1	1
Estudiante	33,3	34
Estudio y trabajo	1	1
Jubilado	1	1
Ama de casa	1	1

Como criterios de inclusión, se valoró que las personas fueran mayores de 18 años y comprendieran en su totalidad el idioma para asegurar una buena evaluación y comprensión de los ítems del test.

### **Variables e Instrumentos**

*Variables sociodemográficas:* mediante diferentes ítems se recogió la edad, sexo, nivel de estudios, estado civil y situación laboral.

*Ansiedad por enfermedad:* se empleó la escala validada y traducida al español (Chorot & Sandín, 1989) de la *Illness Attitude Scale* de Kellner (1986), eliminando los ítems 15a y 15b, añadidos por el autor para recoger información específica sobre las enfermedades concretas en los casos en los que se administraba el cuestionario y que no se añaden a la suma total del mismo. La escala consta de 27 ítems diseñados para medir miedos, actitudes y creencias asociadas a la ansiedad por enfermedad y a los comportamientos sobre enfermedades anormales. Todos ellos tienen un formato tipo Likert de 5 puntos desde “Nunca” (1) a “Siempre” (5) y se divide en 9 subescalas: preocupación por la enfermedad, preocupaciones relacionadas con el dolor, hábitos de salud, creencias hipocondriacas, tanatofobia, fobia a las enfermedades, preocupaciones corporales, experiencia con tratamientos médicos y efectos de los síntomas. En cuanto a los valores que aseguran la fiabilidad de instrumento, los Alfa de Cronbach de las subescalas oscilan entre 0,61 y 0,89, lo que indica una buena consistencia interna (Sirri et al., 2008)

*Intolerancia a la incertidumbre:* se utilizó la versión breve de la escala de intolerancia a la incertidumbre *IUS-12* de Carleton et al. (2007) validada y traducida al español (González et al., 2006). La escala consta de 12 ítems con formato tipo Likert de 5 puntos que van desde “Totalmente en desacuerdo” (1) hasta “Totalmente de acuerdo” (5) de modo que a mayor puntuación peor será la tolerancia a la incertidumbre del individuo. Se divide en 2 factores diferenciados: intolerancia a la incertidumbre prospectiva e intolerancia a la incertidumbre inhibitoria, ambos con un Alfa de Cronbach de 0,87 y 0,79 respectivamente, indicando una consistencia interna satisfactoria.

*Malestar psicológico:* se empleó la escala de malestar psicológico (*K10*) de Kessler (2003) en su versión validada y traducida al español (Vargas et al., 2011). La escala consta de 10 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de 5 puntos que va desde “Nunca” (1) a “Siempre” (5) en el que se evalúa la frecuencia con la que las personas se han sentido o actuado en el último mes, de manera que a mayor frecuencia se refleja un mayor malestar psicológico en la persona. Respecto a la consistencia interna el instrumento presenta un Alfa de Cronbach de 0,90 (Vargas et al., 2011).

*Estrategias de afrontamiento:* se usó la escala del *Brief COPE* de Carver (1997) en su versión validada en español (Morán et al., 2010). La escala consta de 28 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos que va desde “Nunca” (1) a “Siempre” (4) de manera que a mayor puntuación mayor es el uso de esa estrategia de afrontamiento en el individuo. Se divide en 14 subescalas de dos ítems cada una: apoyo social, afrontamiento activo, aceptación, autodestrucción, negación, planificación, humor, autoinculpación, apoyo emocional, desconexión, desahogo, reevaluación positiva, uso de sustancias y religión. En cuanto a los valores que aseguran la fiabilidad de instrumento, los Alfa de Cronbach de las subescalas oscilan entre 0,71 y 0,80, lo que indica una consistencia interna buena (Morán et al., 2010).

*Consumo de sustancias psicoactivas:* se utilizó ítems ad-hoc basados en la encuesta EDADES (Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones, 2023) que recogía la frecuencia de consumo de alcohol, tabaco, cannabis, alucinógenos, opioides y tranquilizantes mediante un único ítem en el que se preguntaba por el consumo de estas sustancias en el último año. El ítem se midió con una escala de tipo Likert que iba desde “nunca” (0) a “6 o más días a la semana” (5).

*Creencias irracionales sobre la salud:* se utilizó la escala de creencias irracionales sobre salud (*Irrational Health Belief Scale; IHBS*) de Christensen et al. (1999) en su versión traducida al español (Arnáez et al., 2020). La escala consta de 20 ítems que reflejan situaciones o experiencias relacionadas con la salud, en el que el participante debe responder en qué grado su pensamiento sería similar al del expuesto. El formato de respuesta es de tipo Likert y van desde “Nada parecido a mí” (1) a “Totalmente parecido a mí” (5), donde una mayor

puntuación refleja un mayor número de creencias irracionales. Respecto a la fiabilidad del instrumento, se han reportado valores de alfa de Cronbach de 0,84 (Christensen et al., 1999).

### **Procedimiento**

Se trata de un estudio de tipo cuantitativo, transversal de carácter exploratorio-descriptivo, donde se utilizó un muestreo no probabilístico o en “bola de nieve” y los participantes no obtuvieron ningún tipo de compensación por su participación. Asimismo y asegurándose de llevar a cabo los procedimientos pertinentes destinados a cumplir con la normativa vigente referida a los aspectos éticos y legales de la investigación con seres humanos y el manejo de sus datos personales, la Oficina de Investigación responsable (OIR) de la Universidad Miguel Hernández aprobó la investigación, brindando de esta manera el siguiente Código de Investigación Responsable (COIR) (TFG.GPS.ACC.EBA.240701).

Para llevar a cabo dicho estudio, se construyó y distribuyó un cuestionario online (véase Anexo 1) para la recogida de los datos de los participantes en cada variable de estudio vía “Google Forms”. El formulario estuvo disponible desde el 19 de julio de 2014 hasta el 4 de agosto de ese mismo año y se difundió mediante redes sociales junto a un mensaje breve explicativo que reunía los detalles del estudio y aseguraba también el consentimiento informado del participante.

### **Análisis de datos**

Los datos obtenidos se codificaron y analizaron a través del programa estadístico Jamovi versión 2.6.26 con un nivel de confianza del 95% ( $\alpha=0,05$ ). Se realizaron inicialmente análisis correlacionales de Pearson y Spearman, en el caso de variables no continuas, para explorar las relaciones bivariadas entre ansiedad por enfermedad y otras variables psicológicas tales como el malestar psicológico, la tolerancia a la incertidumbre, las creencias irracionales sobre salud, las estrategias de afrontamiento, el consumo de sustancias psicoactivas y la edad.

Además, se dividió la muestra en dos grupos según su puntuación en la escala IAS. Para ello, se utilizó el valor 67 como punto de corte, siguiendo las indicaciones de Hedman et al. (2015) en las que dicha puntuación se reconoció como satisfactoria para la detección de ansiedad por enfermedad grave en esta escala. De esta manera, se conformaron dos grupos: los valores en la escala IAS entre 27 y 66 se clasificaron como ansiedad por enfermedad baja, mientras que los valores entre 67 y 135 con una ansiedad por enfermedad alta.

A continuación, se realizaron análisis de comparación de medias mediante la prueba T-Student para muestras independientes, con el objetivo de determinar si existían diferencias estadísticamente significativas en las variables psicológicas previamente mencionadas entre ambos grupos. En los casos en los que no se cumplió el supuesto de homogeneidad de

varianzas, se aplicó la corrección de Welch para interpretar de manera más precisa los resultados del test T.

Finalmente, el tamaño del efecto en la prueba T-Student fue medido mediante delta de Cohen, interpretado de forma que valores entre 0,2 y 0,5 representan una magnitud del efecto pequeña, valores entre 0,5 y 0,8 una magnitud mediana, y valores mayores de 0,8 una magnitud grande.

## RESULTADOS

### Relaciones bivariadas en la ansiedad por enfermedad

Los resultados de las correlaciones de Pearson y Spearman se presentan en su totalidad en la Tabla 2. Las variables “Consumo de cocaína” y “Consumo de alucinógenos” fueron omitidas, debido a que ningún sujeto de la muestra reportó ser consumidor de estas sustancias.

**Tabla 2**

*Correlaciones entre la puntuación total de la escala de ansiedad por enfermedad (IAS) y las variables psicológicas.*

<b>Variables</b>	<b>r / rho <sup>a</sup></b>	<b>p</b>
Intolerancia a la incertidumbre (IUS)		
Prospectiva	0,395	<0,001**
Inhibitoria	0,435	<0,001**
Malestar psicológico (K10)	0,327	<0,001**
Afrontamiento (COPE-28)		
Apoyo social	0,130	0,194
Afrontamiento activo	-0,126	0,207
Aceptación	-0,351	<0,001**
Autodestrucción	0,227	0,022*
Negación	0,233	0,018*
Planificación	-0,062	0,537
Humor	-0,004	0,969
Autoinculpación	0,214	0,030*
Apoyo emocional	0,162	0,104
Desconexión	0,153	0,124
Desahogo	0,181	0,069
Reevaluación positiva	-0,208	0,036*
Uso de sustancias	0,039	0,701
Religión	0,067	0,506
Consumo sustancias (EDADES)		
Alcohol	-0,204	0,011*
Tabaco	-0,141	0,158
Cannabis	-0,090	0,367
Opioides	0,273	0,005**
Tranquilizantes	0,338	<0,001**

Creencias irracionales salud (IHBS)	0,116	0,247
Edad	-0,270	0,015*

\* $p < 0,05$

\*\* $p < 0,005$

<sup>a</sup> Se aplicó el coeficiente de correlación de Pearson ( $r$ ) para variables continuas, y el coeficiente de Spearman ( $\rho$ ) para relaciones entre variables continuas y ordinales.

Correlaciones positivas indican una mayor asociación directa con la ansiedad por enfermedad. Las negativas indican una asociación inversa.

Se observaron correlaciones significativas y de magnitud moderada entre la ansiedad por enfermedad y las dimensiones de intolerancia a la incertidumbre: prospectiva ( $r=0,395$ ;  $p<0,001$ ) e inhibitoria ( $r=0,435$ ;  $p<0,001$ ), así como con el malestar psicológico ( $r=0,327$ ;  $p<0,001$ ). En relación con las estrategias de afrontamiento, se hallaron correlaciones débiles positivas y significativas con la autodestrucción ( $r=0,227$ ;  $p=0,022$ ), la negación ( $r=0,233$ ;  $p=0,018$ ) y la autoinculpación ( $r=0,214$ ;  $p=0,030$ ), mientras que la aceptación ( $r=-0,351$ ;  $p<0,001$ ) mostró una relación inversa y moderada, y la reevaluación positiva ( $r=-0,208$ ;  $p=0,036$ ) también inversa, pero de carácter débil.

En cuanto al consumo de sustancias, se encontró una correlación débil negativa entre la ansiedad por enfermedad y el consumo de alcohol ( $\rho=-0,204$ ;  $p=0,011$ ), mientras que el consumo de tranquilizantes ( $\rho=0,338$ ;  $p<0,001$ ) y opioides ( $\rho=0,273$ ;  $p=0,005$ ) se asociaron de forma positiva, moderada y débil respectivamente. Finalmente, también se evidenció una correlación negativa entre la ansiedad por enfermedad y la edad ( $r=-0,270$ ;  $p=0,015$ ).

### Diferencias de medias en grupos con “Baja” y “Alta” ansiedad por enfermedad

Para llevar a cabo las comparaciones entre las medias utilizando el estadístico T-Student, se dividió la ansiedad por enfermedad en dos grupos, basándose en el punto de corte facilitado por Hedman et al. (2015).

Antes de realizar los principales análisis, se llevó a cabo una comprobación de los supuestos necesarios. En la aplicación de la prueba Levene para verificar el supuesto de homogeneidad de varianzas se encontró que, en las variables psicológicas asociadas los valores indicaban dicha igualdad, sin embargo, este supuesto fue violado en las variables correspondientes al consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, opioides y tranquilizantes), y la edad. En estos casos, se optó por aplicar la corrección de Welch para una interpretación más precisa de los resultados.

Los análisis de comparación de medias entre los grupos de ansiedad por enfermedad alta y baja mostraron diferencias estadísticamente significativas en varias de las variables analizadas (véase Tabla 3).

**Tabla 3**

*Resultados prueba t y tamaño del efecto en función del nivel de ansiedad por enfermedad (AE)*

<b>Variable</b>	<b>AE alta Media (DT)</b>	<b>AE baja Media (DT)</b>	<b>t<sup>a</sup></b>	<b>p</b>	<b>δ de Cohen</b>
Intolerancia a la incertidumbre (IUS)					
Prospectiva	22,9 (5,76)	18,75 (5,76)	3,135	0,002**	0,64
Inhibitoria	15,55 (4,04)	12,16 (4,89)	3,336	0,001**	0,69
Malestar psicológico (K10)	30,03 (5,96)	26,10 (6,79)	2,804	0,006**	0,57
Afrontamiento (COPE-28)					
Aceptación	3,59 (1,32)	4,47 (1,22)	-2,905	0,005**	0,59
Autodestrucción	3,59 (1,60)	2,76 (1,56)	1,692	0,094	0,34
Negación	1,34 (1,14)	0,80 (1,10)	1,084	0,281	0,22
Autoinculpación	3,21 (1,67)	2,71 (1,65)	1,074	0,285	0,22
Reevaluación positiva	2,72 (1,42)	3,65 (1,53)	-2,188	0,031*	0,44
Consumo sustancias (EDADES)					
Alcohol	1,07 (0,78)	1,53 (1,16)	-2,55	0,013*	0,54
Opioides	0,30 (0,64)	0,18 (0,49)	1,04	0,301	0,21
Tranquilizantes	0,81 (1,51)	0,10 (0,37)	2,97	0,004**	0,54
Edad	29,94 (12,26)	37,63 (16,97)	-2,55	0,013*	0,55

\* $p < 0,05$

\*\* $p < 0,005$

<sup>a</sup> Se utilizó el valor corregido de Welch para las variables que no cumplieron el supuesto de homogeneidad de varianzas.

En primer lugar, en lo que respecta a la intolerancia a la incertidumbre, tanto la dimensión prospectiva ( $\delta=0,64$ ;  $p=0,002$ ) como la inhibitoria ( $\delta=0,69$ ;  $p=0,001$ ) mostraron diferencias significativas con tamaños de efecto medianos. Esto sugiere que las personas con alta ansiedad por enfermedad ( $M=22,9$ ;  $DT=5,76$ ) tienen una menor tolerancia a la incertidumbre en ambas dimensiones en comparación con aquellas que presentan una ansiedad baja ( $M=15,55$   $DT=4,04$ ).

El malestar psicológico también mostró diferencias significativas entre grupos con un tamaño del efecto mediano ( $\delta=0,57$ ;  $p=0,006$ ), sugiriendo que el grupo con ansiedad por enfermedad alta ( $M=30,03$ ;  $DT=5,96$ ) reporta mayores niveles de malestar psicológico respecto a quienes no sufren esta preocupación por la salud.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento, se observaron diferencias significativas en dos de las variables. El afrontamiento mediante aceptación fue menor en el grupo de

ansiedad alta ( $M=3,59$ ;  $DT=1,32$ ), con un tamaño del efecto mediano ( $\delta=0,59$ ;  $p=0,005$ ), al igual que la reevaluación positiva ( $M=2,72$ ;  $DT=1,42$ ), con un tamaño del efecto pequeño ( $\delta=0,44$ ;  $p=0,031$ ). Esto muestra que las personas con una mayor ansiedad por enfermedad reportan menores estrategias de afrontamiento adaptativas o centradas en el problema frente al grupo de menor ansiedad. Por otro lado, no se encontraron diferencias significativas en las estrategias de autodestrucción, negación y autoinculpación en la comparativa de medias de ambos grupos.

Respecto al consumo de sustancias, se evidenciaron diferencias significativas para el consumo de alcohol, siendo menor en el grupo de ansiedad alta ( $M=1,07$ ;  $DT=0,78$ ) con un tamaño del efecto mediano ( $\delta=0,54$ ;  $p=0,013$ ). Mientras que para el consumo de tranquilizantes se obtuvo una media mayor en dicho grupo ( $M=0,81$ ;  $DT=1,51$ ), con un tamaño del efecto también mediano ( $\delta=0,54$ ;  $p=0,004$ ). Estos datos muestran un mayor consumo de fármacos relajantes en los grupos con mayor ansiedad por enfermedad, a diferencia del consumo de alcohol, que en este caso, es menor en ese mismo grupo. Por otro lado, el consumo de opioides no mostró diferencias significativas en la comparativa de medias, interpretándose así que no hay diferencias en el consumo de este tipo de sustancia en los individuos con mayor o menor ansiedad por enfermedad.

Por último, se encontró que el grupo con ansiedad por enfermedad alta es significativamente más joven ( $M=29,94$ ;  $DT=12,26$ ) que el grupo con ansiedad baja ( $M=37,63$ ;  $DT=16,97$ ), obteniendo un delta de Cohen que refleja un tamaño del efecto mediano ( $\delta=0,55$ ;  $p=0,013$ ). Esto sugiere que los adultos jóvenes tienden a presentar mayores niveles de ansiedad por enfermedad respecto a una población más adulta.

## **DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES**

El objetivo del presente estudio fue explorar las relaciones entre diversas variables individuales y la ansiedad por enfermedad, tales como el malestar psicológico, la tolerancia a la incertidumbre, las creencias irracionales sobre la salud, la edad, las estrategias de afrontamiento y el consumo de sustancias psicoactivas, en población general.

Los resultados obtenidos en los análisis exploratorios reflejaron una relación estadísticamente significativa entre la ansiedad por enfermedad y las variables intolerancia a la incertidumbre (prospectiva e inhibitoria); malestar psicológico; algunas estrategias de afrontamiento (aceptación, autodestrucción, negación, autoinculpación y reevaluación positiva); el consumo de determinadas sustancias psicoactivas (alcohol, opioides y tranquilizantes); y la edad. Sin embargo, el resto de estrategias de afrontamiento recopiladas, así como el consumo de cannabis y tabaco o las creencias irracionales sobre salud, no mostraron relaciones significativas con la ansiedad por enfermedad.

Estos hallazgos permiten plantear una serie de reflexiones. En primer lugar, destaca la ausencia de relación entre la ansiedad por enfermedad y las creencias irracionales sobre salud, a pesar de que estudios previos como el de Rachman (2012) señalaban dicha asociación. Una explicación plausible radica en la naturaleza del instrumento utilizado para su medición, pues la traducción de Arnáez et al. (2020) de la escala IHBS, pese a sí presentar resultados óptimos en su estudio, no ha sido validada exhaustivamente para población hispanohablante, pudiendo haber generado así cierto conflicto en la fiabilidad de los datos recogidos de la muestra.

En la misma línea, algunas estrategias de afrontamiento, como el uso del humor, la desconexión o la búsqueda de apoyo social, no se correlacionaron significativamente con los niveles de ansiedad por enfermedad como sí se habría esperado en estudios como el de Nkyi y Baaba (2024). Esto podría deberse al carácter personal e individualizado de estas estrategias, pues la muestra podría haber preferido el uso de aquellas centradas en el malestar emocional, como la autodestrucción, la negación, la autoinculpación y la evitación de la aceptación, comúnmente asociadas a un afrontamiento más desadaptativo o pasivo (Carver et al., 1997).

En cuanto al consumo de sustancias, si bien el consumo de alcohol, tranquilizantes y opioides mostró asociaciones significativas, respaldando los hallazgos de Palmer y Daiss (2005) y Jeffers et al. (2015), otras sustancias como el cannabis y el tabaco no mostraron dicha relación. Esto podría estar influenciado por una muestra poco representativa para el consumo de estas dos sustancias, haciendo interesante un análisis más profundo y exhaustivo en cuanto a la ansiedad por enfermedad y grupos realmente afectados por el consumo de estos dos estupefacientes.

Respecto a las variables que sí mostraron una asociación significativa con el constructo, la comparación de sus puntuaciones medias permitió observar en qué medida se diferenciaban en función de los niveles de ansiedad.

En primer lugar, la tolerancia a la incertidumbre, en su dimensión prospectiva e inhibitoria, mostró diferencias estadísticamente significativas entre los grupos de alta y baja ansiedad por enfermedad. Los individuos con niveles elevados de ansiedad presentaron puntuaciones notablemente más altas en ambas dimensiones, indicando de esta manera una menor capacidad para afrontar situaciones inciertas o ambiguas.

Estos resultados refuerzan el papel central de la intolerancia a la incertidumbre en la ansiedad por enfermedad, tal y como han señalado investigaciones previas (Fergus & Bardeen, 2013; Tull et al., 2020). En particular, la dimensión inhibitoria, referente a la parálisis conductual ante la incertidumbre, presentó un tamaño del efecto ligeramente superior, lo que sugeriría que las personas con mayor ansiedad por enfermedad no solo anticipan con

preocupación los síntomas físicos, sino que también pueden sentirse bloqueadas o incapaces de actuar ante ellos. Estos hallazgos contradicen la posición de estudios como los de Fetzner et al. (2014), en el que se encontró una relación más fuerte con el factor prospectivo de la intolerancia a la incertidumbre, sin embargo, y debido a la efímera diferencia, es probable que esta contradicción sea meramente fruto del perfil individualizado de la muestra.

En segundo lugar, también se observaron diferencias estadísticamente significativas en los niveles de malestar. Las personas con mayor ansiedad por enfermedad presentaron puntuaciones medias más elevadas en esta variable, lo que indica un mayor nivel de malestar emocional general, coherente con los resultados de estudios como el de (Sirri et al., 2015). Podríamos interpretar entonces que el malestar psicológico podría actuar como un amplificador de la ansiedad por enfermedad, al somatizarse en síntomas físicos que incrementen la preocupación por la salud. Esto coincide con lo señalado por Brítez et al. (2012), quienes propusieron dicha somatización como potenciador de la hipervigilancia y preocupación en torno a las sensaciones corporales, como también explica Torales (2017) en su revisión.

En cuanto al afrontamiento, se encontró que las personas con mayor ansiedad tendían a utilizar con menos frecuencia estrategias adaptativas como la aceptación y la reevaluación positiva, lo que coincide con estudios previos como los de Xu et al. (2020). Este hallazgo apoya la hipótesis que señalan cómo la ausencia de recursos adaptativos para gestionar la incertidumbre o el malestar puede aumentar la probabilidad de somatización y, con ello, agravar los niveles de ansiedad por enfermedad (Brítez et al., 2012; Torales, 2017). Sin embargo, en contra de lo esperado, las diferencias de medias en las estrategias de afrontamiento desadaptativas como la autoinculpación, la autodestrucción y la negación no alcanzaron significación estadística, a diferencia de estudios como los de Oti-Boadi (2022) o los de Nkyi y Baaba (2024). Esto, de nuevo, podría explicarse debido a que, aunque este tipo de afrontamiento tiende a relacionarse con niveles elevados de ansiedad, su uso puede variar considerablemente entre individuos y contextos, lo que dificulta detectar diferencias consistentes sin un análisis más exhaustivo, teniendo en cuenta variables sociodemográficas y disponiendo de una muestra mayor.

En cuanto al consumo de sustancias, los resultados mostraron cómo las personas con mayor ansiedad presentaron un consumo significativamente más elevado de tranquilizantes, mientras que el consumo de alcohol fue más frecuente en el grupo con menor ansiedad. Esto podría deberse a que el alcohol es una sustancia mucho más habitual y socialmente aceptada en la población general, sin necesariamente estar vinculado a procesos ansiosos severos, a diferencia de los tranquilizantes, que si suelen estar a la regulación del malestar emocional y de los que sí se reportó su uso en un contexto de COVID-19 (Arias et al., 2022; Higareda-

Sánchez et al., 2021). A destacar también, es el hecho de que no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el consumo de opioides, lo que sugiere que su relación con la ansiedad por enfermedad podría depender de otros factores no contemplados en el presente estudio.

Por último, es remarcable que las personas con mayores niveles de ansiedad tendieron a ser significativamente más jóvenes que aquellas con niveles bajos, lo cual respalda estudios previos que apuntan a una mayor vulnerabilidad emocional en estos grupos etarios, como el de Trujillo-Herández et al. (2021) o el de Haig-Ferguson et al. (2021). Esta mayor susceptibilidad podría explicarse por diversos factores, entre ellos una menor experiencia vital en la gestión de la incertidumbre o una exposición más frecuente a información alarmista en medios digitales y redes sociales. En este sentido, la edad podría funcionar como una variable moduladora del impacto emocional, lo que refuerza la necesidad de considerar el ciclo vital en la comprensión y abordaje de la ansiedad por enfermedad.

Pese a todos los datos recabados, este estudio también presenta algunas limitaciones que deben considerarse. El tamaño muestral limita la generalización de los hallazgos a poblaciones más amplias, por lo que futuros estudios deberían contar con muestras más grandes y representativas, así como una mayor participación de personas del sexo masculino. Otra limitación por destacar es el tipo de medición utilizada en la variable de creencias sobre la salud, pues el cuestionario, pese a mostrar una fiabilidad adecuada en población anglosajona, no ha sido validado en muestra española. Se optó por este cuestionario debido a su uso y traducción satisfactorios en el estudio de Arnáez et al. (2019), pero sería interesante utilizar o desarrollar otros instrumentos validados para la muestra estudiada en futuras investigaciones, con el fin de esclarecer si la baja relación de la ansiedad por enfermedad y las creencias irracionales sobre la salud en este estudio fueron fruto de una medición pobre o simplemente de una baja representatividad en la muestra seleccionada. Finalmente, el uso de un muestreo no probabilístico también puede haber introducido sesgos y limitar la representatividad de la muestra, por lo que estudios futuros podrían beneficiarse de muestreos de tipo aleatorio.

En conclusión, los resultados obtenidos aportan información remarcable sobre el papel que desempeñan las variables estudiadas en la manifestación de la ansiedad por enfermedad, pero es destacable que podrían quedar otras por explorar. Por ejemplo, aspectos como el nivel de exposición a contenidos sanitarios en redes sociales o la desinformación creciente en este tipo de plataformas también podría ser un factor de interés al estudio, pues se añadiría un abordaje actualizado a otros posibles desencadenantes del creciente nivel de ansiedad por enfermedad en la última década. En cuanto a las implicaciones prácticas, los hallazgos obtenidos subrayan la utilidad de diseñar intervenciones centradas en la mejora de la

tolerancia a la incertidumbre y el fomento estrategias de afrontamiento más adaptativas, especialmente en población joven. Sería recomendable entonces, realizar investigaciones que profundicen en las relaciones encontradas con el fin de establecer unos predictores claros que faciliten el diseño de terapias futuras que aborden estas variables.

## REFERENCIAS

- Aguilar, C., Quezada-Scholz, V. E., Ibáñez-Jiménez, E., Ramírez, S., Miguez, G., & Laborda, M. A. (2022). Miedo, ansiedad y psicopatología: la otra cara de la pandemia y el confinamiento por COVID-19 en C. Castillo (Ed.), *Pandemia y crisis: desafíos para las ciencias sociales*, (pp. 55-71). Social-Ediciones.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Arias, L., Mora, R. A. G., Heredia, R. B., & Gomez, V. K. S. (2023). Depresión, ansiedad, estrés y consumo de sustancias psicoactivas post Covid entre estudiantes de medicina de la Universidad del Valle Cochabamba-Bolivia, 2022. *Revista de Investigación e Información en Salud*, 18(44), 21-31. <https://doi.org/10.52428/20756208.v18i44.468>
- Arnáez, Sandra, García-Soriano, Gemma, & Belloch, Amparo. (2019). Creencias disfuncionales en la hipocondría: un estudio familiar. *Anales de Psicología*, 35(1), 19-25. Epub 02 de noviembre de 2020. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.35.1.317501>
- Asmundson, G.J.G., Fergus, T.A. (2019). Chapter one - the concept of health anxiety. In: Hedman-Lagerlof, E. (Ed.), *The Clinician's Guide to Treating Health Anxiety*. Academic Press, 1–18. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-811806-1.00001-9>.
- Bardeen, J. R., & Fergus, T. A. (2014). An examination of the incremental contribution of emotion regulation difficulties to health anxiety beyond specific emotion regulation strategies. *Journal of anxiety disorders*, 28(4), 394–401. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.03.002>
- Brakoulias V. (2014). DSM-5 bids farewell to hypochondriasis and welcomes somatic symptom disorder and illness anxiety disorder. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 48(7), 688. <https://doi.org/10.1177/0004867414525844>
- Brítez Cantero, J. Torales Benítez, J. & Valenzuela Hermosa, C. Chávez, M. E. (2012). Trastornos somatomorfos. En A. Arce Ramírez, J. Torales Benítez (Ed.), *El libro azul de la psiquiatría*. (pp. 185-204). Asunción: EFACIM.
- Carleton R. N. (2012). The intolerance of uncertainty construct in the context of anxiety disorders: theoretical and practical perspectives. *Expert review of neurotherapeutics*, 12(8), 937–947. <https://doi.org/10.1586/ern.12.82>

- Carleton R. N. (2016). Into the unknown: A review and synthesis of contemporary models involving uncertainty. *Journal of anxiety disorders*, 39, 30–43. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.02.007>
- Carleton, R. N., Sharpe, D., y Asmundson, G. J. (2007). Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty: Requisites of the fundamental fears? *Behaviour Research and Therapy*, 45(10), 2307-2316.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol too long: Consider the brief cope. *International Journal of Behavioral Medicine*, 4(1), 92-100. [https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401\\_6](https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm0401_6)
- Chorot, R, y Sandín, B. (1989). *Escalas de Actitud hacia la Enfermedad de Kellner*. Universidad Nacional de Educación a Distancia, Madrid (policopiado).
- Christensen, A. J., Moran, P. J., & Wiebe, J. S. (1999). Assessment of irrational health beliefs: Relation to health practices and medical regimen adherence. *Health Psychology*, 18(2), 169–176. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.18.2.169>
- Crockett, M. A., & Martmez, V. (2023). Depresión, ansiedad generalizada y riesgo de consumo problemático de sustancias en estudiantes secundarios. *Andes pediátrica*, 94(2), 161-169. <https://dx.doi.org/10.32641/andespediatr.v94i2.4376>
- Deacon, B. J. & Abramowitz, J. S. (2008). Is Hypochondriasis Related to Obsessive-Compulsive Disorder, Panic Disorder, or Both? An Empirical Evaluation. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 22(2), 115–127. <http://dx.doi.org/10.1891/0889-8391.22.2.115>
- Dhillon, J. S., MD. (2024). *Illness Anxiety Disorder: Practice Essentials, background, pathophysiology*. <https://emedicine.medscape.com/article/290955-overview?form=fpf>
- Ferguson, E. (2009). A taxometric analysis of health anxiety. *Psychol. Med.* 39, 277–285. <https://doi.org/10.1017/S0033291708003322>.
- Fergus, T. A., & Bardeen, J. R. (2013). Anxiety sensitivity and intolerance of uncertainty: Evidence of incremental specificity in relation to health anxiety. *Personality and Individual Differences*, 55(6), 640-644. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2013.05.016>
- Fergus, T. A. y Valentiner, D. P. (2011). Intolerance of uncertainty moderates the relationship between catastrophic health appraisals and health anxiety. *Cognitive Therapy and Research*, 35(6) 560-565. <https://doi.org/10.1007/s10608-011-9392-9>
- Fetzner, M. G., Asmundson, G. J., Carey, C., Thibodeau, M. A., Brandt, C., Zvolensky, M. J., & Carleton, R. N. (2014). How do elements of a reduced capacity to withstand uncertainty relate to the severity of health anxiety?. *Cognitive behaviour therapy*, 43(3), 262–274. <https://doi.org/10.1080/16506073.2014.929170>

- Funkhouser, C. J., Klemballa, D. M., & Shankman, S. A. (2022). Using what we know about threat reactivity models to understand mental health during the COVID-19 pandemic. *Behaviour research and therapy*, 153, 104082. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2022.104082>
- González, M., Cubas, R., Rovella, A. T., y Darías, M. (2006). Adaptación española de la Escala de Intolerancia hacia la Incertidumbre: *Procesos cognitivos, ansiedad y depresión. Psicología y Salud*, 16(2), 219-233.
- Zegarra, H. y Guzmán, R. (2007). Trastorno de somatización, trastorno por somatización, somatización. *Rev Pacea Med Fam*, 4(6), 144-8.
- Haig-Ferguson, A., Cooper, K., Cartwright, E., Loades, M. E., & Daniels, J. (2021). Practitioner review: health anxiety in children and young people in the context of the COVID-19 pandemic. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 49(2), 129–143. <https://doi.org/10.1017/S1352465820000636>
- Hedman, E., Lekander, M., Ljótsson, B., Lindefors, N., Rück, C., Andersson, G., & Andersson, E. (2015). Optimal cut-off points on the health anxiety inventory, illness attitude scales and whiteley index to identify severe health anxiety. *PloS one*, 10(4), e0123412. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0123412>
- Higareda-Sánchez, J. J., Rivera, S., Reidl, L. M., Flores, M. M., & Romero, A. (2021). Consumo de alcohol y rasgos de ansiedad y depresión en adolescentes escolarizados. *Health & Addictions/Salud y Drogas*, 21(2).
- Howell, J., McEvoy, P., Macleod, C., Kane, R., Anderson, R., & Egan, S. (2019). Biased interpretation in perfectionistic concerns: an experimental investigation. *Anxiety, Stress & Coping*, 32(3), 259-269. <https://doi.org/10.1080/10615806.2019.1586888>
- Jeffers, A. J., Benotsch, E. G., Green, B. A., Bannerman, D., Darby, M., Kelley, T., & Martin, A. M. (2015). Health anxiety and the non-medical use of prescription drugs in young adults: A cross-sectional study. *Addictive Behaviors*, 50, 74-77. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2015.06.012>
- Jensen, D., Cohen, J. N., Mennin, D. S., Fresco, D. M., & Heimberg, R. G. (2016). Clarifying the unique associations among intolerance of uncertainty, anxiety, and depression. *Cognitive behaviour therapy*, 45(6), 431–444. <https://doi.org/10.1080/16506073.2016.1197308>
- Jungmann, S. M., & Witthöft, M. (2020). Health anxiety, cyberchondria, and coping in the current COVID-19 pandemic: Which factors are related to coronavirus anxiety?. *Journal of anxiety disorders*, 73, 102239. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102239>

- Kessler, R. C., Barker, P. R., Colpe, L. J., Epstein, J. F., Gfroerer, J. C., Hiripi, E., Howes, M. J., Normand, S. L., Manderscheid, R. W., Walters, E. E., & Zaslavsky, A. M. (2003). Screening for serious mental illness in the general population. *Archives of general psychiatry*, *60*(2), 184–189. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.60.2.184>
- Landi, G., Pakenham, K.I., Bocolini, G., Grandi, S., Tossani, E. (2020). Health anxiety and mental health outcome during COVID-19 lockdown in Italy: the mediating and moderating roles of psychological flexibility. *Front. Psychol.* *11*, 2195. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.02195>.
- Morán, C., Landero, R., y González, M. T. (2010). COPE-28: a psychometric analysis of the Spanish version of the Brief COPE. *Universitas Psychologica*, *9*(2), 543-552. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy9-2.capv>
- Nkyi, A. K., & Baaba, B. (2024). Coping, health anxiety, and stress among health professionals during Covid-19, Cape Coast, Ghana. *PloS one*, *19*(1), e0296720. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0296720>
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. (2023). Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; p. 270.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). CIE-11. Clasificación Internacional de las Enfermedades (11 ed.). <https://icd.who.int/es>
- Oti-Boadi, M., Malm, E., Dey, N. E. Y., & Oppong, S. (2022). Fear of COVID-19: Psychological distress and coping among university students in Ghana. *Current psychology (New Brunswick, N.J.)*, *41*(11), 8260–8270. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02267-5>
- Palmer, G. A., & Daiss, D. D. (2005). Personality characteristics of adolescents with hallucinogen, methamphetamine, and cannabis dependence: a comparative study. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse*, *15*(1), 37-49. DOI: 10.1300/J029v15n01\_03
- Piña-Ferrer, L. (2020). El COVID 19: Impacto psicológico en los seres humanos. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria de Ciencias de la Salud. Salud y Vida*, *4*(7), 188-199. <http://dx.doi.org/10.35381/s.v.v4i7.670>
- Rachman S. (2012). Health anxiety disorders: a cognitive construal. *Behaviour research and therapy*, *50*(7-8), 502–512. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.05.001>
- Restrepo, J. E., Castañeda-Quirama, T., & Zambrano-Cruz, R. (2022). Estudio exploratorio sobre la ansiedad por la salud en universitarios colombianos durante el confinamiento por la pandemia del COVID-19 en el segundo semestre del 2020. *Medicas UIS*, *35*(3), 41-53.

- Rodríguez-Ceberio, M. y De-La-Cruz-Gil, R.(2023). Eficacia de la Psicoterapia en comparación con la terapia farmacológica en el tratamiento de la hipocondría o ansiedad por la enfermedad. *Revista Científica Retos de la Ciencia*. 7(15). 100-111. <https://doi.org/10.53877/rc.7.15.2023070110>
- Rojas-Salazar, A. A., & Sánchez, J. C. M. (2021). Síntomas de ansiedad, comportamiento obsesivo-compulsivo y estrategias de afrontamiento durante el aislamiento social por COVID-19. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 24(2), 567-588. <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi>
- Sirri, L., Grandi, S., & Fava, G. A. (2008). The Illness Attitude Scales. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 77(6), 337–350. <https://doi.org/10.1159/000151387>
- Sirri, L., Gracia, M., Grandi, S. & Tossani, E. (2015). Adolescents' hypochondriacal fears and beliefs: Relationship with demographic features, psychological distress, well-being and health-related behaviors. *Journal of Psychosomatic Research*, 79(4), 259-264. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.07.002>
- Starcevic V. (2014). Should we deplore the disappearance of hypochondriasis from DSM-5?. *The Australian and New Zealand journal of psychiatry*, 48(4), 373–374. <https://doi.org/10.1177/0004867413515058>
- Taylor, S., Landry, C.A., Paluszek, M.M., Fergus, T.A., McKay, D., Asmundson, G.J.G. (2020). COVID stress syndrome: concept, structure, and correlates. *Depress. Anxiety* 37, 706–714. <https://doi.org/10.1002/da.23071>.
- Torales, J. (2017). ¡Ayúdeme doctor, estoy muy enfermo! Una actualización de la clásica hipocondría al vigente trastorno de ansiedad por enfermedad. *Revista virtual: Sociedad Paraguaya de Medicina Interna*, 4(1), 77-86. [http://dx.doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2017.04\(01\)77-086](http://dx.doi.org/10.18004/rvspmi/2312-3893/2017.04(01)77-086)
- Trujillo-Hernández, Pedro Enrique, Gómez-Melasio, Dafne Astrid, Lara-Reyes, Braulio Josué, Medina-Fernández, Isaí Arturo, & Hernández-Martínez, Eva Kerena. (2021). Asociación entre características sociodemográficas, síntomas depresivos, estrés y ansiedad en tiempos de la COVID-19. *Enfermería Global*, 20(64), 1-25. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.471511>
- Tull, M. T., Barbano, A. C., Scamaldo, K. M., Richmond, J. R., Edmonds, K. A., Rose, J. P., & Gratz, K. L. (2020). The prospective influence of COVID-19 affective risk assessments and intolerance of uncertainty on later dimensions of health anxiety. *Journal of anxiety disorders*, 75, 102290. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2020.102290>
- Vargas Terrez, B. E., Villamil Salcedo, V., Rodríguez Estrada, C., Pérez Romero, J., & Cortés Sotres, J. (2011). Validación de la escala Kessler 10 (K-10) en la detección de depresión y ansiedad en el primer nivel de atención. Propiedades psicométricas. *Salud*

*mental*, 34(4), 323-331. Recuperado en 21 de mayo de 2025, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252011000400005&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252011000400005&lng=es&tlng=es).

- Villadsen, A., Thorgaard, M. V., Hybel, K. A., Jensen, J. S., Thomsen, P. H., & Rask, C. U. (2017). Health anxiety symptoms in children and adolescents diagnosed with OCD. *European child & adolescent psychiatry*, 26(2), 241–251. <https://doi.org/10.1007/s00787-016-0884-8>
- Wang, C., Pan, R., Wan, X., Tan, Y., Xu, L., Ho, C. S., & Ho, R. C. (2020). Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(5), 1-25. <http://doi.org/10.3390/ijerph17051729>
- Wright, K. D., Lebell, M. A., & Carleton, R. N. (2016). Intolerance of uncertainty, anxiety sensitivity, health anxiety, and anxiety disorder symptoms in youth. *Journal of anxiety disorders*, 41, 35–42. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.04.011>
- Xu, C., Xu, Y., Xu, S., Zhang, Q., Liu, X., Shao, Y., Xu, X., Peng, L., & Li, M. (2020). Cognitive reappraisal and the association between perceived stress and anxiety symptoms in COVID-19 isolated people. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 858. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00858>

## ANEXOS

### Anexo 1. Cuestionario ansiedad por enfermedad.

#### CUESTIONARIO PREDICTORES ANSIEDAD POR ENFERMEDAD

Solicito su participación en el trabajo de investigación titulado ‘Modelos matemático predictivo de la ansiedad por enfermedad’, cuyo responsable (tutor/a) es Ainhoa Coloma Carmona. Consiste en un breve cuestionario completamente anónimo que le llevará unos escasos 8 minutos. Se podrá cumplimentar desde el día 30 de julio de 2024 hasta el día 2 de septiembre de 2024. La participación es totalmente voluntaria (si no desea participar o si se retira anticipadamente no habrá ninguna consecuencia) y anónima (no se dispondrá de ningún dato que le identifique). Si tiene alguna pregunta puede consultar en este correo: [esther.bru@goumh.umh.es](mailto:esther.bru@goumh.umh.es) Si usted responde se entiende de forma tácita que ha comprendido en que consiste este estudio, que ha podido preguntar y aclarar las dudas que se le hubieran planteado y que acepta participar. El equipo investigador le agradece su valioso tiempo.

**1. Edad:**

**2. Sexo:**

- Hombre
- Mujer

**3. Nivel académico:**

- Sin estudios
- Educación Primaria /EGB
- Educación Secundaria Obligatoria
- Estudios medios, bachillerato
- Formación profesional
- Estudios superiores, universitarios

**4. Estado civil:**

- Soltero
- Casado
- Divorciado
- Viudo
- Separado

**5. Situación Laboral.**

- Desempleado
- Empleado a tiempo completo
- Empleado a tiempo parcial
- Autónomo
- Jubilado
- Ama de casa
- Estudiante
- Otra (especifique cuál)

#### CUESTIONARIO

Las siguientes preguntas describen formas en que la gente actúa o se siente. Marca la opción que mejor se adecúe a tu situación actual, teniendo en cuenta el último mes. (Seleccione una respuesta).

- 1 = Nunca
- 2 = Rara vez
- 3 = Alguna vez
- 4 = A menudo
- 5 = Siempre

1. ¿Con qué frecuencia te has sentido cansado, sin alguna buena razón?
2. ¿Con qué frecuencia te has sentido nervioso?
3. ¿Con qué frecuencia te has sentido tan nervioso que nada te podía calmar?
4. ¿Con qué frecuencia te has sentido desesperado?
5. ¿Con qué frecuencia te has sentido inquieto o intranquilo?
6. ¿Con qué frecuencia te has sentido tan impaciente que no has podido mantenerte quieto?
7. ¿Con qué frecuencia te has sentido deprimido?
8. ¿Con qué frecuencia has sentido que todo lo que haces representa un gran esfuerzo?
9. ¿Con qué frecuencia te has sentido tan triste que nada podía animarte?
10. ¿Con qué frecuencia te has sentido inútil?

A continuación, se le describirán cuestiones relacionadas con la salud. Por favor, lea cada situación e imagine que le está sucediendo a usted. Marque según su grado de acuerdo con cada afirmación:

- 1 = Nada parecido a mí
- 2 = Algo parecido a mí
- 3 = Moderadamente parecido a mí
- 4 = Bastante parecido a mí
- 5 = Totalmente parecido a mí

1. Escuchas en las noticias que hay un brote de gripe y que las personas que están en contacto con individuos infectados deben vacunarse para reducir sus posibilidades de enfermarse. Te encuentras pensando: "Me vacuné contra la gripe el año pasado y me enfermé de todos modos, las vacunas nunca me sirven de nada."
2. Durante un examen físico de rutina, tu médico nota un lunar en tu mano y sugiere que veas a un especialista para que lo examine más a fondo. Recuerdas que una amiga tuya tuvo un lunar similar durante años y nunca le causó problemas. Piensas: "Estoy seguro de que a mí tampoco me causará ningún problema."
3. Durante tu último chequeo, tu nivel de colesterol estaba alto y tu médico te recomendó que redujeras la grasa en tu dieta. Hoy en el almuerzo, notas que todos tus compañeros de trabajo estaban comiendo hamburguesas y papas fritas. Piensas: "Si todo el mundo come así, no puede ser tan malo para mí."
4. Tu médico te prescribe un medicamento para una enfermedad y te indica que termines toda la botella de pastillas. Después de tomar la mitad del medicamento, notas que tus síntomas han desaparecido. Te encuentras pensando: "Si ya no me siento enfermo, el medicamento es innecesario."

5. Tu médico recomienda un nuevo medicamento para un problema de salud continuo e indica que aproximadamente el 10% de los pacientes experimentan efectos secundarios desagradables con el medicamento. Piensas: "Si alguien va a tener efectos secundarios, seré yo."
6. Has sufrido una lesión que te ha dejado incapaz de trabajar. Tu médico recomienda un tratamiento que debería permitirte volver a trabajar, pero solo a tiempo parcial. Te encuentras pensando: "Si el tratamiento no puede curarme completamente, no vale la pena."
7. Recientemente te sometiste a una cirugía para corregir un problema de salud. Tu médico te informa que la cirugía no fue exitosa y que necesitará ser repetida. Te encuentras pensando: "Si no funcionó la primera vez, probablemente nunca funcione en mi caso."
8. Durante un chequeo de rutina, tu médico enfatiza la importancia del ejercicio y una alimentación adecuada para prevenir problemas de salud. Notas que el médico tiene sobrepeso. Piensas para ti mismo: "Si realmente fueran importantes los hábitos alimenticios saludables y el ejercicio, él mismo perdería peso."
9. Tu médico te está instruyendo en cómo tomar un nuevo medicamento. En medio de la discusión, el médico es llamado fuera de la habitación y dice que una enfermera terminará de explicarte cómo usar el medicamento. Te encuentras pensando: "Si este nuevo tratamiento fuera realmente importante, el médico terminaría de darme las instrucciones él mismo."
10. Debido a que ambos de tus padres tuvieron enfermedad cardíaca, sabes que tu riesgo para esta enfermedad es mucho mayor que para la mayoría de las personas. En un chequeo reciente, tu médico enfatiza que al hacer ciertos cambios en tu estilo de vida, reducirías tu riesgo de enfermedad cardíaca en un 50%. Te encuentras pensando: "Si la enfermedad cardíaca es hereditaria en mi familia, realmente no puedo controlar si la tendré o no."
11. Has estado siguiendo un plan nutricional específico recetado por tu médico para un problema de salud continuo. Este plan requiere que evites los postres y otros alimentos altos en azúcar. En una fiesta de cumpleaños, todos están comiendo pastel. Piensas para ti mismo: "Si no como un pedazo de pastel también, arruinaré la fiesta."
12. Has estado tomando un medicamento durante seis meses y tu problema médico no ha mejorado. Tu médico ha sugerido un nuevo medicamento. Piensas para ti mismo: "Si el último medicamento no ayudó, uno nuevo no servirá de nada."
13. Resultaste herido en un accidente automovilístico hace dos meses y has estado en terapia física desde entonces. Tu médico había predicho que estarías completamente recuperado para ahora, pero solo has mejorado parcialmente. Piensas para ti mismo: "Estos últimos dos meses han sido completamente desperdiciados."

- 14. Fumas y tienes sobrepeso, pero nunca has tenido un problema de salud grave. En un chequeo reciente, tu médico te dice que estos hábitos te ponen en riesgo de problemas de salud a largo plazo. Ambos de tus padres tienen hábitos similares y han vivido vidas largas y saludables. Piensas para ti mismo: "Fumar y comer en exceso simplemente no son un problema en mi caso."**
- 15. Te has sentido generalmente fatigado desde que comenzaste un nuevo medicamento el mes pasado. Tu médico te dijo que el medicamento es extremadamente efectivo pero que la fatiga es un efecto secundario común. Piensas para ti mismo: "Algo que me hace sentir tan cansado no puede ser bueno para mí."**
- 16. Ves un informe en los medios que sugiere que la mayoría de las personas aún no usan cinturones de seguridad cuando conducen. Te encuentras pensando: "Hay tantas personas conduciendo sin usar cinturones de seguridad, no puede ser tan peligroso."**
- 17. Estás planeando un viaje al extranjero y tu médico te recomienda recibir un conjunto de vacunas antes de partir. Visitaste este mismo lugar el año pasado sin recibir ninguna vacuna y no te enfermaste. Piensas para ti mismo: "Si no me enfermé la última vez, estoy seguro de que no me enfermaré en este viaje."**
- 18. Tienes programada una prueba médica al final del día, y tu médico te ha indicado que no comas almuerzo antes del procedimiento. Ese mismo día te piden que asistas a una reunión de almuerzo en el trabajo. Piensas para ti mismo: "No puedo asistir a la reunión si no como como todos los demás."**
- 19. Descubres que tienes una condición médica leve que no te causa molestias pero que requiere tratamiento de por vida con medicación. Tu médico te asegura que no experimentarás efectos secundarios significativos por la medicación y que la condición probablemente no interfiera de manera notable con tu funcionamiento. Te encuentras pensando: "Si tengo que tomar esta medicación, mi vida nunca será la misma."**
- 20. Todos tus familiares (o compañeros de cuarto) han contraído un caso grave de gripe en la última semana, pero hasta ahora te sientes bien. Recibes un mensaje del médico de ellos que debes tomar precauciones especiales para evitar enfermarte también. Piensas para ti mismo: "Si aún no estoy enfermo, probablemente soy inmune."**

Las frases que aparecen a continuación describen formas de pensar, sentir o comportarse, que la gente suele utilizar para enfrentarse a los problemas personales o situaciones difíciles que en la vida causan tensión o estrés. Las formas de enfrentarse a los problemas, como las que aquí se describen, no son ni buenas ni malas, ni tampoco unas son mejores o peores que otras. Simplemente, ciertas personas utilizan más unas formas que otras. Ponga 0, 1, 2 o 3 en el espacio dejado al principio, es decir, el número que mejor refleje su propia forma de enfrentarse a ello, al problema. Gracias.

- 0 = Nunca  
1 = A veces  
2 = Casi siempre  
3 = Siempre

1. **Intento conseguir que alguien me ayude o aconseje sobre qué hacer.**
2. **Concentro mis esfuerzos en hacer algo sobre la situación en la que estoy.**
3. **Acepto la realidad de lo que ha sucedido.**
4. **Recurso al trabajo o a otras actividades para apartar las cosas de mi mente.**
5. **Me digo a mí mismo "esto no es real".**
6. **Intento proponer una estrategia sobre qué hacer.**
7. **Hago bromas sobre ello.**
8. **Me crítico a mí mismo.**
9. **Consigo apoyo emocional de otros.**
10. **Tomo medidas para intentar que la situación mejore.**
11. **Renuncio a intentar ocuparme de ello.**
12. **Digo cosas para dar rienda suelta a mis sentimientos desagradables.**
13. **Me niego a creer que haya sucedido.**
14. **Intento verlo con otros ojos, para hacer que parezca más positivo.**
15. **Utilizo alcohol u otras drogas para hacerme sentir mejor.**
16. **Intento hallar consuelo en mi religión o creencias espirituales.**
17. **Consigo el consuelo y la comprensión de alguien.**
18. **Busco algo bueno en lo que está sucediendo.**
19. **Me río de la situación.**
20. **Rezo o medito.**
21. **Aprendo a vivir con ello.**
22. **Hago algo para pensar menos en ello, tal como ir al cine o ver la televisión.**
23. **Expreso mis sentimientos negativos.**
24. **Utilizo alcohol u otras drogas para ayudarme a superarlo.**
25. **Renuncio al intento de hacer frente al problema.**
26. **Pienso detenidamente sobre los pasos a seguir.**
27. **Me echo la culpa de lo que ha sucedido.**
28. **Consigo que otras personas me ayuden o aconsejen.**

A continuación se le mostrarán una serie de afirmaciones, por favor, indique el su grado de acuerdo en cada una de ellas.

- 1 = Totalmente en desacuerdo  
2 = Algo en desacuerdo  
3 = Ni de acuerdo ni en desacuerdo  
4 = Bastante de acuerdo  
5 = Totalmente de acuerdo

1. **Los imprevistos me molestan mucho**
2. **Es frustrante para mí no tener toda la información que necesito**

- 20. Cuanto notas alguna sensación poco común en tu cuerpo, ¿te resulta complicado pensar en otra cosa?**
- 21. Cuando sientes alguna sensación poco común en tu cuerpo, ¿te preocupas por ella?**
- 22. ¿Cada cuánto visitas a tu doctor?**
- a. Nunca
  - b. Raramente
  - c. Alrededor de 4 veces al año
  - d. Una vez al mes
  - e. Una vez a la semana
- 23. ¿Cuántos doctores diferentes (como acupuntores, quiroprácticos, curanderos) has visto en el último año?**
- a. Ninguno
  - b. 1
  - c. 2-3
  - d. 4-5
  - e. 6 o más
- 24. ¿Cuántas veces has estado en tratamiento farmacológico el último año?**
- a. Nunca
  - b. Una vez
  - c. 2-3 veces
  - d. 4-5 veces
  - e. 6 o más

Las siguientes 3 preguntas refieren a síntomas físicos de tu cuerpo (ej. dolor, punzadas, presión, dificultad respiratoria, cansancio, etc).

- 25. ¿Tus síntomas te impiden trabajar?**
- a. No
  - b. Rara vez
  - c. A veces
  - d. A menudo
  - e. Siempre
- 26. ¿Los síntomas te impiden concentrarte en lo que estás haciendo?**
- a. No
  - b. Rara vez
  - c. A veces
  - d. A menudo
  - e. Siempre
- 27. ¿Tus síntomas te impiden disfrutar de tu día a día?**
- a. No
  - b. Rara vez
  - c. A veces
  - d. A menudo
  - e. Siempre

Finalmente, se realizarán unas breves preguntas con respecto al consumo de diferentes tipos de sustancias. Recordamos que sus respuestas son completamente anónimas.

**1. Ahora le pedimos, por favor, que indique con qué frecuencia ha consumido las siguientes sustancias en el ÚLTIMO AÑO**

	Nunca	Un día al mes o menos	2-4 días al mes	2-3 días a la semana	4-5 días a la semana	6 o más días a la semana
<b>Alcohol</b>	0	1	2	3	4	5
<b>Tabaco</b>	0	1	2	3	4	5
<b>Cannabis</b> (hachís y/o marihuana)	0	1	2	3	4	5
<b>Cocaína</b>	0	1	2	3	4	5
<b>Alucinógenos</b> (LSD, tripis, setas, drogas de síntesis...)	0	1	2	3	4	5
<b>Opioides</b> (Incluya: Adolonta, Tramadol, Zaldiar, Enanplus, Tradonal, Algidol, Dolocatil, Cadeisan, MST continus, Durogesic, Dolantina, Subuxone, Oxiconona, Fentanilo, etc. NO incluya: Paracetamol, Ibuprofeno, Aspirina, Nolotil, etc.)	0	1	2	3	4	5
<b>Tranquilizantes/Sedantes/Somníferos</b> (Incluya: Lexatin, orfidal, noctamid, trankimazin, rohipnol, tranxilium, diazepam, Valium, stilnox, zolpidem, hipnóticos, benzos, benzodiazepinas, barbitúricos, etc. NO incluya: valeriana, pasiflora, dormidina, melatonina.)	0	1	2	3	4	5