



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA**

**Construcción y validación de un inventario para medir el
trastorno hipocondríaco en adultos de Lima metropolitana**

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Licenciado en Psicología

AUTORES:

Espinoza Perez, Luis Tarek (ORCID: 0000-0002-6745-2912)

Ramirez Salazar, Cony (ORCID: 0000-0003-2722-9748)

ASESOR:

Mgtr. Rodas Vera, Nikolai Martin (ORCID: 0000-0001-6740-3099)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Psicométrica

LIMA – PERÚ

2022

Dedicatoria

El desarrollo de este trabajo de investigación está dedicado a nuestra familia ya que ellos fueron los pilares para poder desarrollarnos como personas y eternos estudiantes en formación.

Agradecimiento

Se agradece principalmente a nuestra familia que está en constante apoyando en esta investigación que hicieron posible tanto directamente como indirectamente que se pueda elaborar este trabajo, agradecimiento al asesor el cual desarrolló un papel muy importante y de gran relevancia en este proceso de aprendizaje.

Índice de contenido

Carátula	i
Dedicatoria	ii
Agradecimiento.....	iii
Resumen	iv
Abstract	v
Índice de contenido.....	vi
Índice de tablas	vii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. MARCO TEÓRICO	4
III. METODOLOGÍA	11
3.1 Tipo y diseño de investigación.....	11
3.2 Variable y operacionalización	11
3.3 Población, muestra y muestreo	12
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	14
3.5 Procedimiento.....	15
3.6 Método de análisis de datos	18
3.7 Aspectos éticos	20
IV.RESULTADOS	21
V. DISCUSIÓN.....	33
V. CONCLUSIONES	37
VI. RECOMENDACIONES.....	38
REFERENCIAS	39
ANEXOS.....	46

Índice de tablas

Tabla 1: Características sociodemográficas de la muestra.....	13
Tabla 2: Análisis de validez de contenido de Inventario del Trastorno Hipocondríaco	21
Tabla 3: Análisis preliminar de los ítems	25
Tabla 4: Supuestos del análisis factorial exploratorio	27
Tabla 5: Solución factorial	28
Tabla 6: Varianza explicada y varianza acumulada.....	30
Tabla 7: Matriz de correlaciones	31
Tabla 8: Confiabilidad por consistencia interna	32

Resumen

El trastorno hipocondríaco es un tema que hasta la actualidad está presente y es debatible en el círculo académico. La siguiente investigación tuvo como objetivo general construir un inventario para medir el trastorno Hipocondríaco en adultos de Lima metropolitana. La teoría principal es el cognitivo conductual y la línea de investigación es psicométrica. Participaron 470 adultos de ambos sexos a partir de los 18 años hasta 59 años a quienes se administró el instrumento. Se elaboró la validez de contenido, con 6 jueces expertos arrojando resultados favorables, el análisis factorial exploratorio usando solución factorial por comunalidades superior .40, por otro lado, la esfericidad de Bartlett y KMO aceptables, las cargas factoriales superior al .30 y la consistencia interna del instrumento arrojando un coeficiente alfa y omega aceptados. Inicialmente el instrumento constaba de 30 ítems pero al finalizar el análisis se quedó con 12 ítems y 3 factores.

Palabras clave: Construcción de un instrumento, Trastorno hipocondríaco, Medición de la hipocondriasis, Instrumento del trastorno hipocondríaco, Hipocondriasis.

Abstract

Hypochondriac disorder is a topic that is still present and debatable in the academic circle. The following research had the general objective of constructing an inventory to measure hypochondriacal disorder in adults in metropolitan Lima. The main theory is cognitive-behavioral and the line of research is psychometric. A total of 470 adults of both sexes between 18 and 59 years of age participated and the instrument was administered. The content validity was elaborated with 6 expert judges with favorable results, the exploratory factor analysis using factorial solution by communalities higher than .40, on the other hand, Bartlett's sphericity and KMO were acceptable, the factor loadings were higher than .30 and the internal consistency of the instrument showed an accepted alpha and omega coefficient. Initially the instrument consisted of 30 items but at the end of the analysis it was left with 12 items and 3 factors.

Keywords: Instrument construction, Hypochondriacal disorder, Hypochondriasis measurement, Hypochondriacal disorder instrument, Hypochondriasis.

I. INTRODUCCIÓN

Los rasgos hipocondríacos se han desarrollado en la población mundial en múltiples casos, tales como sucede en América del sur (México), donde se estableció que estos rasgos aparecen con mayor probabilidad en las personas adultas, mayores de 30 años con una diferenciación mínima en cuestión de sexo, así mismo el 14% de la población mexicana padece de hipocondriasis lo que quiere decir 1 de cada 7 mexicanos (Escamilla, Ortiz, Pargas, et al., 2020).

En Oceanía (Australia), los pacientes que fueron diagnosticados con trastorno hipocondríaco obtenían en gran mayoría indicadores de trastorno somático con 74%, el trastorno de ansiedad por enfermedad con 26% de la población general (Vallejo, Gonzalez, Moreno y Pardillo, 2018).

En Europa occidental (Alemania), el trastorno hipocondríaco evidencia una prevalencia perteneciente al 0.4 % ubicado en el rango de 0.0-4.5%, en relación a la población general y 2.95% ubicada en el rango de 0.3-8.5%, en relación al contexto médico de la Universidad Goethe (Weck, Richtberg y Neng, 2016).

Consecuentemente en Europa del sur (Italia), se encontraron datos estadísticos de temor o creencias hipocondríacas de mayor prevalencia en adolescentes que consumen nicotina de un 15.3%, en adolescentes que consumen alcohol 39.7% y un 58% en adolescentes que consumen sustancias ilícitas y el resultado de las respuestas hipocondríacas en adolescentes del norte de Italia un 15.7% de la muestra total (Sirri, Ricci, Grandi y Tossani, 2015).

En Asia del sur (Pakistán), los estudiantes de medicina mostraron rasgos hipocondríacos de un 11.9% de significancia reflejando esto mismo en índices de ansiedad o preocupación hacia la enfermedad (Faizan, Haque, Moaz, et al., 2016).

Un estudio elaborado en una muestra de coreanos (Asia occidental) y estadounidenses (América del norte), demostró que el 64% de coreanos afirmaron tener o que hayan pasado por síntomas de hipocondriasis al igual que los estadounidenses con un 48% de significancia. (Chang, Kim, Fava, et al., 2016).

En la India los pacientes hipocondríacos ya diagnosticados, que en su mayoría tienen pensamientos irracionales, creen padecer de VIH/SIDA con un 28,57% seguido con enfermedades cerebrales de un 12,3% y un 11,4% en la creencia de tener cáncer, por consiguiente, la existencia de la comorbilidad está muy estrecha con otros tipos de trastornos tales como la depresión, la ansiedad y enfermedades somáticas (Pavithra, Bhalchandra, Desai y Chaturvedi, 2019).

Los datos estadísticos sobre los episodios o sintomatología de la variable se encuentran como resultado en pacientes de Australia con tratamiento de ansiedad, el 69,5% de la muestra admite que pasó entre 2 a 7 semanas de impacto hipocondríaco, como también se percibió que el 48,2% solo siente temor ante una posible enfermedad y el 44,9% refirió preocupación ante múltiples posibles enfermedades (Newby, Hobbs, Mohaney, et al., 2017).

El 76,5% de pacientes de Hangzhou, China con hipocondría desarrollaron algunos trastornos de personalidad como obsesivo-compulsivo y de evitación (Pan, Zhang, Tsai, Zhang y Wang, 2018). Por otro lado, se encontró que la hipocondriasis tiene una correlación con los momentos adversos intrapersonal y la soledad, haciendo sentir al ser humano un temor imponente, por otra parte, esto a su vez asociando el trastorno hipocondríaco con lo que genera en el impacto de una enfermedad (Jordan, Williams y Smith, 2015).

No se encuentran instrumentos de medición del trastorno hipocondríaco en la población peruana, generando un vacío en el conocimiento, los instrumentos sobre la hipocondriasis son escasos y sus propiedades psicométricas son dudosos; por ello se determinó la construcción de un instrumento para medir el trastorno hipocondríaco en adultos de Lima metropolitana.

La justificación de la investigación se establece en 4 aspectos los cuales se manifiesta la justificación teórica, debido a que se mantiene un fundamento racional y objetivo de este mismo, brindando un soporte de fundamentos teóricos tales como el psicodinámico y cognitivo-conductual; correspondiente a la variable. En la justificación práctica toda la información obtenida servirá para evaluar el trastorno hipocondríaco por ello se beneficiarán los profesionales clínicos y pacientes con dicho trastorno. En la justificación metodológica se

establecen fundamentos psicométricos tales como la validez, estructura interna, confiabilidad del instrumento y la justificación social a causa que el constructo a nivel contextual se manifiesta latente como problemática, más aún en la situación mundial, esta investigación servirá para futuras investigaciones sobre la hipocondriasis.

La construcción de la prueba para medir el constructo, es necesario que pase por métodos en los cuales se pueda establecer parámetros de confiabilidad y validez, análisis de las cargas factoriales y el análisis de la estructura interna, lo que quiere decir propiedades psicométricas tal y como sugiere la investigación instrumental, utilizando el modelo de ecuaciones estructurales (Ato, Lopez y Benavente, 2016).

El principal objetivo de este trabajo es construir un inventario para medir el trastorno hipocondríaco en adultos de Lima. Los objetivos específicos en primer lugar son analizar la validez de contenido del inventario para medir el trastorno hipocondríaco en adultos de Lima. En segundo lugar, es evaluar la estructura interna del inventario para medir el trastorno hipocondríaco en adultos de Lima, en tercer lugar, examinar las cargas factoriales de un inventario para medir el trastorno hipocondríaco en adultos de Lima. En cuarto lugar, analizar la consistencia interna del inventario del Trastorno Hipocondríaco en adultos de Lima.

II. MARCO TEÓRICO

La medición del trastorno hipocondríaco se da por medio de múltiples instrumentos, tales como la escala de *Health Anxiety Inventory* (Salkovskis, et al, 2002), *Health Anxiety Questionnaire* (Lucock y Morely, 1996), *Multidimensional Inventory of Hypochondriacal* (Warwick y Salkovski, 1990), *Illness Attitudes Scales* (Kellner, 1987), *Illness Behavior Questionnaire* (Pilowsky, 1984) y *Whiteley Index* (Pilowsky, 1967).

Boudouda y Gana (2020) elaboraron una validación cruzada, con una muestra de 345 adultos árabes mayores de 18 años, donde se utilizó el instrumento *Multidimensional Inventory of Hypochondriacal MIHT* (Warwick y Salkovski, 1996) constituido por 31 ítems en una escala Likert del 1 al 5 como puntuaciones. Los resultados del coeficiente alfa fueron de .87 y del coeficiente omega de .89, el resultado por dimensiones tales como el factor afectivo un coeficiente alfa de .831, factor conductual .792, factor cognitivo .690 y en el factor perceptual .737. Respecto al coeficiente omega en el factor afectivo un .797, factor conductual .771, en el factor cognitivo .685 y en el factor perceptual .690. Así mismo el presente modelo evidenció un ajuste adecuado a los datos con un CFI = .938, TLI= .925, RMSEA = .073 y SRMR= .048. Las cargas factoriales oscilaron entre .624 en el ítem 17 y .790 en el ítem 8.

Bardeen y Fergus (2020) desarrollaron su investigación con el principal objetivo de examinar el modelo bifactorial y la invarianza del *MIHT* (Warwick y Salkovski, 1996), en personas sin ninguna condición médica, la muestra del estudio fueron un total de 824 de distintas características demográficas *Amazon Mechanical Turk (MTurk)* caracterizado por el reconocimiento monetario a cambio del llenado de cuestionario vía online. Donde los resultados arrojaron un coeficiente omega general de .95 a .96, por otro lado, el coeficiente omega por dimensión como el factor conductual y cognitivo de un .50, en el factor perceptivo entre .66 a .85 y el factor afectivo entre .11 a .21. Llegando a una discusión debido a que la subescala afectiva brinda un resultado de significancia independiente a la escala en general. Esta investigación mostró un adecuado ajuste en las 3 muestras en las que el CFI oscilaron entre .971, el TLI de .944 y RMSEA de .055.

Witthoft, Weck y Gropalis (2015) en la validación del instrumento *MIHT* (Warwick y Salkovski, 1996), en una población sin ningún trastorno de 261 y pacientes con hipocondriasis de 178 en Alemania, donde se arrojaron datos de consistencia interna por dimensiones donde el coeficiente alfa de la primera dimensión afectiva de 0.72, en segundo lugar la dimensión cognitiva un coeficiente alfa de 0.87, en tercer lugar 0.77 en la tercera dimensión perceptivo, en cuarto lugar 0.84 en la dimensión conductual, en pacientes con hipocondriasis. Teniendo como cargas factoriales un total por factores de 0.20 a 0.86. Por otro lado, el estudio en la muestra sin ningún trastorno y en la muestra con pacientes hipocondriacos mostraron índices de ajustes donde el CFI y el TLI sobrepasando el .90 y el RMSEA con un valor de .067.

Kassab, (2020) realizó una adaptación del inventario breve *Short Health Anxiety Inventory SHAI (SHAI)* en lengua árabe la muestra del estudio fue de 421 saudíes. El coeficiente alfa total fue de .85 la dimensión en probabilidad de enfermedad 0.83 y la dimensión consecuencias negativas de la enfermedad fue de 0.77. Sin embargo, al analizar los resultados de los ítems corregidos la correlación fue de 0.35 y 0.68 evidenciando que la escala no guarda correlación con el género y varía levemente con relación a la edad. El inventario se analizó en base a tres modelos que es el factor general, el segundo modelo con dos factores obtuvo el CFI < .90, mientras que el RMSEA fue > .06 siendo el modelo de tres factores el que demostró tener un buen ajuste del modelo.

Arnáez, Garcia, Lopez y Belloch, (2019) elaboraron su estudio con el objetivo de brindar propiedades psicométricas de la escala *SHAI* en pacientes que no tienen alguna enfermedad diagnosticada y pacientes hipocondríacos o con ansiedad por la salud, constituido por una muestra de 373 conformado por 342 personas comunes y 31 pacientes diagnosticados con hipocondría. El instrumento utilizado fue *Short Health Anxiety Inventory SHAI (SHAI)* conformado por 18 ítems los cuales tienen una escala del 1 al 4 de puntuación. La varianza total explicada fue de 36.75%, otorgando así una explicación del primer factor de un 27.58 % de la varianza, un 5.76% de la varianza del segundo factor y un 3.41% del tercer factor. Obteniendo cargas factoriales mayor al 0.40. Por otro lado, se tuvo como índices de consistencia interna coeficiente alfa de

un .86 en la escala total, por dimensiones en el primer factor, probabilidad de enfermedad un .85 y en el segundo factor, consecuencias negativas de la enfermedad un .70 de consistencia interna.

La hipocondriasis en el DSM IV se considera como trastorno hipocondríaco, por otro lado, en el DSM V el trastorno hipocondríaco se consideró como el trastorno ansiedad por la enfermedad, consecuentemente los criterios de este trastorno fueron modificados levemente debido a su cambio de término (DSM V, 2014).

Por otro lado, en el DSM V (2014), el trastorno de ansiedad por la enfermedad sus criterios diagnósticos se caracterizan por aquella "preocupación" a sufrir o adquirir alguna enfermedad mortal, estas preocupaciones no tienen nada que ver con la existencia de "síntomas somáticos" y si tal vez lo están estos síntomas son escasos o leves, muchas veces guiado de los antecedentes familiares de alguna enfermedad. Por otro lado, la ansiedad se ve reflejada directamente correspondiente a la salud de manera extrema, así mismo evitando realizar algunas visitas a lugares públicos por miedo a contraer alguna enfermedad.

A diferencia del DSM IV la ansiedad por la enfermedad del DSM V considera que para este trastorno la persona no necesariamente tiene que tener síntomas o si lo tiene son leves, lo que a su vez el trastorno hipocondríaco en el DSM IV se considera que la persona para incluir este diagnóstico puede o no padecer síntoma sin necesidad que sea leve o grave aquel síntoma. Por otro lado, mientras que en el DSM IV se tiene una afectación en áreas personales del individuo a causa de este trastorno, en el DSM V no menciona explícitamente que tenga alguna afectación en estas áreas del individuo tales como, social, laboral, familiar o emocional, sino más bien lo considera dentro de las características que se suele tener solo el área social y familiar.

Correspondiente a los datos de prevalencia del DSM V de la ansiedad por la enfermedad, corresponden directamente a los datos diagnósticos del DSM IV y DSM III, sobre la hipocondriasis entre el 1.3% al 10% de la población. Dado que el trastorno de ansiedad por la enfermedad "no están claros" tal y como se

menciona textualmente en el DSM V (2014), se considera que este tipo de trastorno puede iniciar en la adultez, como también “parece ser” que puede generar una afectación considerable.

El trastorno de ansiedad por la enfermedad es un trastorno nuevo para la sociedad científica y a su vez muchos de los datos académicos tales como, los artículos empíricos, teóricos y científicos aún no están de acuerdo en cuál es la diferencia y cuan iguales son los términos con el trastorno hipocondríaco, muchos de ellos aún lo denomina como trastorno hipocondriaco a la ansiedad por la enfermedad (DSM V, 2014).

La fundamentación en la que se basa el instrumento Health Anxiety Inventory se caracteriza por enfocar dos dimensiones en particular la cual intenta explicar la variable la cual es la probabilidad temida de la enfermedad y las consecuencias temida de la enfermedad, en donde la primera es previa precaución ante una posible enfermedad y la segunda en el resultado somática de ese temor ante la enfermedad aparente (Yonggui, Yuqun, Ru, Guohong y Shengqin, 2015).

El fundamento teórico de la prueba *Multidimensional Inventory of Hypochondriacal*, está constituido de 4 factores dentro de los cuales se involucra la dimensión afectiva caracterizada por sentimiento de temor y preocupación, consecuentemente el componente cognitivo referenciando a la noción procesos cognoscitivos, el factor perceptivo, en donde la precaución llega a ser tal que genera síntomas somatizadas y el componente conductual, aquellas acciones en la cual se busca evitar las aquellos comportamientos que se acerquen a una enfermedad (Sabourin, Steward, Sherry, Watt, et al, 2008).

La Hipocondriasis es la preocupación constante por la probabilidad de tener uno o más trastornos físicos y progresivos. Las personas que lo padecen con frecuencia tienen quejas somáticas o preocupación por su apariencia física. Las sensaciones y aspectos habituales son interpretados como anormales y perturbadores centrándose en sus funciones corporales (CIE-10).

La hipocondriasis se refiere a una preocupación por adquirir una enfermedad grave a partir de la interpretación errada de los síntomas dicha preocupación

dura seis meses o más. Así mismo la preocupación que sienten les genera sufrimiento y disfunción en su vida (Pastorelli, et al, 2011).

La hipocondría se considera aquella creencia delirante por padecer una enfermedad, debido a la interpretación de síntomas que está suscitando en la persona, a su vez acompañado de miedo o preocupación de que esta enfermedad sea grave, por otro lado, no solo se limita a las preocupaciones físicas, generando afectaciones negativas en áreas personales tales como el área laboral, social, etc. Estos criterios se tienen que estar padeciendo por lo menos 6 meses (DSM IV, 2002).

La hipocondriasis es definida como la preocupación persistente por tener alguna enfermedad mental o somática grave acompañada de un nivel alto de ansiedad. Este trastorno afecta en el área emocional y el deterioro de las relaciones interpersonales de aquel que lo padece. Pero a pesar de lo explicado no existen estudios realizados en este ámbito (Gomez, et al, 2018).

La historia de la hipocondriasis se remonta desde la antigua Grecia con Diocles de Caristo, posteriormente se sumió en debate entre la hipocondría simple y delirio, siendo Cotard (1880) quien le nombraría como delirio hipocondríaco. Munro y Riding (1975) patentaron el término psicosis monosintomática hipocondríaca. Morel planteó que el delirio se desarrolla en distintas etapas incluyendo al temor hipocondríaco como la primera fase conlleva al delirio de persecución y megalomanía.

En el psicoanálisis la hipocondriasis se interpreta como representación de angustia ante una posible enfermedad basada en experiencias pasadas con temor hacia el porvenir, evocando como técnica terapéutica la narración del paciente hacía en psicoanalista pretendiendo la asociación del yo sumiéndose en el estado hipocondríaco y su liberación (Klein Y Hersong, 2017).

Salkovsky y Rimes (1997), utilizaron la teoría cognitivo conductual para explicar cómo los pacientes con ansiedad grave, experimentan la presencia de un signo o síntoma consecuentemente llegando a su errónea malinterpretación. Estos

niveles de ansiedad son muy elevados puesto que, al tener información médica, información sobre procedimientos médicos todo esto les resulta ambiguo.

La teoría cognitivo conductual explica que aquellas personas que padecen el trastorno hipocondríaco agudizan sus sensaciones somáticas, tienen el umbral bajo ante el malestar físico y escasa tolerancia al mismo. Hay una disociación entre lo racional y emocional, ya que a partir de la exploración médica la ansiedad y preocupación persisten (Pastorelli, et al, 2011).

La teoría de aprendizaje social refiere que la somatización es una vía de comunicación que utiliza la persona enferma para escapar de alguna situación incómoda (Padrón, et al, 2013).

Se propone un modelo teórico de 4 dimensiones. La primera dimensión es la *fobia ante la enfermedad* refiriéndose al miedo ante enfermedades, enfocado internamente con aquellos miedos clínicos relacionado a la ansiedad por tranquilizarse a consecuencia de aquellas dolencias, donde culminando dicha crisis no cree realmente que padezca alguna enfermedad (Pilowsky, 1967). Representado por aquel temor o miedo a sufrir algún tipo de enfermedad basado en ideas irracionales por sintomatología (DSM IV, 2002).

La segunda dimensión es *preocupación por síntomas* mostrando disconformidad por presentar alteraciones en el aspecto físico tales como, sudoración, respiración acelerada, agitación, etc. Relacionando con una enfermedad física, donde en su mayoría esa dolencia no corresponde a ninguna enfermedad, sino más bien a aquel temor somatizado sumado a creencias irracionales sobre las enfermedades (DSM IV, 2002).

La tercera dimensión *hábitos de la salud* es aquel comportamiento para cuidar su salud de manera excesiva, con acciones o medidas sanitarias para evitar la enfermedad, estos hábitos se manifiestan en el actuar de la persona de forma extremadamente cuidadosa (Kellner. 1986).

La cuarta dimensión es *deterioro en las áreas personales* a consecuencia de las preocupaciones excesivas de su salud, el ser humano es afectado con el

deterioro en distintas áreas como lo es el área social, laboral y familiar (DSM IV, 2002).

III. METODOLOGÍA

3.1 Tipo y diseño de investigación

El diseño de investigación es no experimental ya que no se manipula la variable, transversal ya que se hará la investigación una sola vez, de enfoque cuantitativo, es de tipo instrumental debido a que se construye una escala de medición del constructo evaluando propiedades psicométricas tales como la validez interna y externa (Ato, López y Benavente, 2014).

3.2 Variable y operacionalización

Definición conceptual

La hipocondría se considera aquella creencia delirante por padecer una enfermedad, debido a la interpretación de síntomas que está suscitando en la persona, a su vez acompañado de miedo o preocupación de que esta enfermedad sea grave, por otro lado, no solo se limita a las preocupaciones físicas, generando afectaciones negativas en áreas personales tales como el área laboral, social, etc. Estos criterios se tienen que estar padeciendo por lo menos 6 meses (DSM IV, 2002).

Definición operacional

Se medirá la hipocondriasis mediante el instrumento que se construiría que llevará el nombre de *Inventario del Trastorno Hipocondriaco (ITH)* en personas adultas de Lima metropolitana.

Dimensiones

Teniendo como dimensiones a la fobia a las enfermedades, con indicadores tales como miedo a las enfermedades, ansiedad por tranquilizarse e ideas irracionales, la segunda dimensión es preocupación, teniendo como indicadores a la disconformidad física y el temor somatizado, la tercera dimensión hábitos, sus indicadores son comportamiento extremo para cuidar su salud y medidas sanitarias para cuidar su salud, en cuarto y último lugar está la dimensión deterioro, teniendo como indicadores el deterioro social, familiar y laboral.

3.3 Población, muestra y muestreo

Población

La población es la totalidad de aquel fenómeno a estudiar incluyendo su unidad de análisis que deben cuantificarse para delimitar el estudio Tamayo (2018). En este caso la unidad de análisis está formada de acuerdo al grupo etario siendo jóvenes y adultos de ambos sexos procedentes del distrito de San Juan de Lurigancho, con un total de 761.188 de jóvenes y adultos registrados según (MINSA, 2021).

Dentro de la población se incluirá a jóvenes de 18 a 29 años y adultos de 30 a 59 años de ambos sexos provenientes del distrito de San Juan de Lurigancho, excluyendo a la población de niños, adolescente y adultos mayores.

Muestra

La investigación está constituida por una muestra de 470 participantes en jóvenes del distrito de San Juan de Lurigancho de la ciudad de Lima, no existe una cantidad de muestra exacta para la construcción de un instrumento pero lo recomendado es que sea mayor a 100 (Cruz y Cruz, 2017), por otro lado la consideración mínima de una muestra es de 200 participantes para un mejor análisis (Ferrando y Anguiano-Carrasco, 2010), en consideración para un estudio con mayor racionalidad es recomendable como mínimo una muestra entre 400 a 500 personas (Costello y Osborne, 2005).

Tabla 1

Características sociodemográficas de la muestra

	f	%
<i>Grupo de edad</i>		
18-29 años	235	50.0
30-59 años	235	50.0
<i>Sexo</i>		
Femenino	244	51.9
Masculino	226	48.1
<i>Distrito</i>		
San Juan de Lurigancho	443	94.3
El Rímac	17	3.6
Los olivos	5	1.1
Otros	5	1.1
<i>Condición de riesgo</i>		
Ninguno	420	89.4
Otros	22	4.7
Ansiedad	9	1.9
Depresión	9	1.9
Diabetes	7	1.5
Trastornos alimenticios	1	.2
Enfermedad hepática	1	.2

Enfermedad cardiovascular	1	.2
<i>Grado de instrucción</i>		
Secundaria	327	69.6
Superior	104	22.1
Primaria	39	8.3

Nota. f=frecuencia, %=porcentaje

En la tabla 1, la muestra que fue un total de 470 participantes el 50% de los participantes oscilaban en edades entre 18 a 29 años y un 50% entre 30 a 59 años; por otro lado, el sexo femenino fue de un 51.9% y del sexo masculino en un 48.1%; donde en su mayoría son procedentes del distrito de San Juan de Lurigancho con un 94.3%, un 3.6% del distrito de Rímac y un 1.1% del distrito de Los Olivos y un 1.1% de otros distritos; por otro lado su mayoría con un 89.4% no demuestra ninguna factor de riesgo, el 4.7% tienen otros factores de riesgo, tanto el trastorno de la ansiedad como trastorno depresivo ambos oscilaron con el 1.9%, el 1.5% padecía de diabetes y las enfermedades como el trastorno alimenticio, enfermedad hepática y enfermedad cardiovascular coincidiendo con una 0.2%.

Muestreo

Para Fuentelsaz (2004) el muestreo es no probabilístico, de tipo accidental ya que debido a la coyuntura se ejecutará basado en la selección de los individuos para el estudio en función a su presencia al estar en un lugar y momento determinado. El estudio se realizará en pacientes patológicos y no patológicos. Este tipo de muestreo se ejecutará en una clínica del distrito de San Juan de Lurigancho de esta forma se obtendrá información necesaria según la variable.

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica

Hernandez (2018), plantea que el inventario es un instrumento de recolección de datos que miden variables específicas como la inteligencia, el razonamiento matemático, el sentido de vida, el estrés, la depresión, etc. En las que las respuestas no son correctas ni incorrectas. Siendo relativamente fácil de responder.

Instrumento

El instrumento que se construirá se denominará *Inventario del Trastorno Hipocondríaco (ITH)*, se puede administrar de forma individual o colectiva, en un ámbito de aplicación de acuerdo al grupo etario en jóvenes de 18 y 29 años, y adultos dentro del grupo etario de 30 a 59 años. Con un tiempo de aplicación de 15 minutos aproximadamente, donde se buscará evaluar el trastorno hipocondríaco en jóvenes y adultos. Teniendo como dimensiones en primer lugar la fobia por la enfermedad, en segundo lugar, preocupación, en tercer lugar hábitos y en cuarto lugar el deterioro. Donde las opciones de respuesta es de escala Likert donde el 1 es “nunca” y el 5 “muy frecuentemente”.

3.5 Procedimiento

En primer lugar, se tiene presente los siguientes pasos para poder construir el instrumento de forma garantizada. En el marco general se elaboró una explicación fundamentada de cuáles fueron los motivos por el cual se realizará la construcción de un instrumento, delimitando la variable principal, cuál será el contexto al aplicar, el tipo de administración si es individual o colectiva y la interpretación de los resultados (Muñiz y Fonseca, 2019).

La información referente a los instrumentos carecía de estandarización en el lenguaje castellano generando un vacío en el conocimiento para lo cual se propuso la creación de un inventario que pueda medir el constructo. Así mismo se analizan las pruebas existentes y aquellos estudios realizados previamente en la cual se evidencia que las propiedades psicométricas son deficientes (Muñiz y Fonseca, 2019).

En segundo lugar, se realiza la investigación con respecto a la variable de estudio para obtener la definición operativa y semántica de la variable a medir.

Para este paso se realiza la búsqueda de información literaria de manera exhaustiva investigando en libros referentes al tema de investigación y utilizando conectores lógicos en distintas bases de datos, tales como Scopus, ScienceDirect, Ebsco, etc. Así mismo se analiza material audiovisual para mejorar la calidad de investigación. En este paso no se deben incorporar ítems que no tengan semejanza con la variable de medición (Muñiz y Fonseca, 2019).

En tercer lugar, una vez planteada la finalidad de la evaluación se brindará especificaciones y requerimientos al aplicar el instrumento, si se asignará un número y el tipo de respuesta al elaborar los ítems. Cuáles son los soportes de administración y el lugar de aplicación. Es de suma importancia que dicha adaptación sea en base a evidencias empíricas (Muñiz y Fonseca, 2019).

En el cuarto lugar, al obtener información se procede con la construcción de los ítems las cuales deben de regirse bajo la representatividad, relevancia, diversidad, claridad, sencillez y comprensibilidad. Contaremos con el asesoramiento de jueces expertos para la revisión crítica, modificación o eliminación de cada ítem para posteriormente construir el inventario, donde estos ítems tendrán opciones de respuesta múltiple ya que es adecuado y lo recomendado para muestras grandes (Moreno, Martínez y Muñiz, 2004).

El instrumento estará formado por 30 ítems, del ítem 1 hasta el ítem 9 perteneciendo a la dimensión de fobia ante enfermedades; desde el ítem 10 hasta el ítem 15 perteneciendo a la dimensión de preocupación, desde el ítem 16 hasta el ítem 21 perteneciendo a la dimensión de hábitos mientras que desde el ítem 22 hasta el ítem 30 perteneciendo a la dimensión de deterioro. La escala tipo Likert es la más utilizada en investigaciones para medir constructos psicológicos como el afecto, la personalidad conceptualizándose de un extremo a otro: de bajo a alto, de pequeño a grande, de negativo a positivo, es por ello que el instrumento corresponde a la escala tipo Likert que va desde el 1 que significa nunca y 5 siempre, la respuesta indicará frecuencia (Nemoto y Beglar, 2014).

En quinto lugar, se tendrá elaborada la primera edición de los ítems tomando como base la teoría de un modelo anteriormente analizado de tal modo que cada ítem será adecuado para el estudio (Muñiz y Fonseca, 2019).

En sexto lugar se utilizó la prueba piloto con 41 participantes con edades que oscilaron entre 18 a 57 años en el distrito de San Juan de Lurigancho, donde se encontraron un indicador de coeficiente alfa de .95, por otro lado, el resultado del piloto en relación al ítem test corregido las puntuaciones fluctuaron entre .389 al .775. En este paso podremos identificar, evitar y corregir ciertos errores al momento de administrarla. Así mismo si es conveniente se puede agregar nuevos ítems. Todo proceso debe ir dirigido a la selección de los ítems para maximizar las propiedades del instrumento dicho proceso será revisado por el grupo de expertos (Muñiz y Fonseca, 2019).

En séptimo lugar está la aplicación del test se tendrá en consideración la muestra, como a su vez el muestreo que se empleará en la población, en la administración se debe de tener en cuenta que a la unidad de análisis se tiene que establecer un buen trato hacia la persona, teniendo en cuenta las herramientas que se utilizaran en su administración, indicando parámetros y las instrucciones del inventario, para así evitar los posibles errores que se puedan cometer al no entender la los ítems u opciones de respuesta (Muñiz y Fonseca, 2019).

En octavo lugar las propiedades psicométricas, después que se haya aplicado en instrumento se realizarán el procesamiento del análisis de los datos con el fin de obtener propiedades psicométricas del inventario, se analizará la consistencia interna, para obtener la fiabilidad del instrumento y la validez de estructura interna, utilizando el análisis factorial exploratorio, obteniendo las cargas factoriales de los ítems (Muñiz y Fonseca, 2019).

En noveno y último lugar respectivamente la versión final de los ítems, se tendrá en consideración todas las características que pueden hacer que el inventario se desarrolle con normalidad y se tengan resultados adecuados como fiables, así mismo se hace adecuaciones para que si se desea utilizar como base el

instrumento creado en futuras investigaciones se realice de la mejor manera posible (Muñiz y Fonseca, 2019).

3.6 Método de análisis de datos

En el análisis de datos se realizará una interpretación estadística de manera objetiva junto con sus propiedades psicométricas utilizando índices de ajustes, consistencia interna y análisis factorial exploratorio. Teniendo como distribución estadística las pruebas paramétricas debido a que realizará fundamentos de fiabilidad y validez.

Los modelos de ecuaciones estructurales tiene origen inicios del siglo XX, teniendo evoluciones metodológicas, prácticas y teóricas, el SEM se caracteriza por la conexión entre los factores, junto con ello definiendo cuales son las variables dependientes como la variable independiente y como se relacionan entre sí, este modelo a su vez no solo evalúa las variables si no también analiza el subconjunto del factor, teniendo como fases especificación, identificación, estimación de parámetros, evaluación del ajuste, re-especificación e interpretación de resultados (Escobedo, Hernández, Estebané y Martínez, 2016).

El análisis factorial exploratorio AFE, es un procedimiento estadístico donde el fenómeno no tiene variable independiente ni variable respuesta, sino más bien las variables se analizan de manera conjunta. La AFE se caracteriza por examinar de forma detallada el constructo definiendo aquel conjunto de factores, con este tipo de método se puede verificar que factor tiene mayor relevancia, reduciendo y definiendo factores, como a su vez estos mismos factores se correlacionan entre sí (Martínez y Sepúlveda, 2012).

El coeficiente V de Aiken es considerado un pilar fundamental en la evidencia de validez por contenido, en el cual se pone en consideración el análisis de los ítems, basándose en el juicio de expertos correspondiente al tema, teniendo como valor estimado de jueces experto de 90%, 95% o 99% (Aiken, 1985), este análisis se hace por medio de un análisis estadístico (matemático). Los puntos de cortes de este coeficiente V de Aiken se estima como adecuado mayor al

.70 (Caycho, 2018) o .72 (Domínguez, 2016), por otro lado, inferior a este punto de corte como mínimo el .63 (Domínguez, 2016) o .66 (Caycho, 2018) se considera como poca representación para lo cual se tendría que realizar una revisión y reestructuración del ítem.

Se analizará la consistencia interna respecto al coeficiente alfa referenciando el factor numérico obtenido de un instrumento y sus dimensiones si el resultado es mayor al .70 se interpreta como aceptable mayor al .80 se considera bueno y mayor al .90 se considera como muy bueno por otro lado si el resultado del coeficiente alfa es menor al .70 se interpreta como instrumento cuestionable. Correspondiente al coeficiente omega menor al .67 se considera como cuestionable, mayor a este mismo hasta el .70 como aceptado del .70 al .80 se considera bueno y mayor al .80 hasta superior al .90 como muy bueno o excelente (Moral, 2019).

Dentro de los índices de ajustes o de también llamado ajuste de bondad, se encuentra el chi cuadrado χ^2 , caracterizado por la comparación entre diferentes modelos y su identificación calculando su covarianza aceptada menor al .05 esto a su vez está influenciado con el tamaño de la muestra (Bentler y Bonett, 1980). Por otro lado, el grado de libertad d.f aceptado oscila entre el 2 y el 5. El error de aproximación cuadrático medio *RMSEA* y el residuo estandarizado cuadrático medio *SRMR* se interpreta como el nivel de ajuste de modelos en su matriz de covarianza, este ajuste para que sea aceptado tiene que ser por debajo del .08 y .05 como un buen índice de ajuste (McDonald y Ho, 2002). El Goodness-of-fit *GFI* es aquel índice de ajuste que calcula la explicación del modelo y el Comparative fit index *CFI* es aquel índice de ajuste que compara la matriz de modelo con el modelo nulo donde se considera como valor aceptado mayor al 0.9 (McDonald y Ho, 2002).

Correspondiente a las cargas factoriales las cuales determinan el impacto de explicación de los factores por medio de los ítems dentro de su punto de corte, múltiples autores recomiendan que este sea mayor al .30 (Costello y Osborne, 2005).

3.7 Aspectos éticos

En la investigación se respetó los aspectos éticos del Psicólogo planteados en la Asociación Americana de Psicología. Está elaborado bajo el principio de honestidad, ya que los resultados se mostrarán tal como son respetando la veracidad de las evidencias científicas. Así mismo antes de realizar la investigación el profesional a cargo debe de contar con la autorización de la institución donde se realizará la investigación (Asociación Americana de Psicología, 2021; Consejo Nacional de Ciencia, tecnología e innovación tecnológica, 2019).

Art. 20- El psicólogo en todo momento debe de proteger la información, identidad de los participantes en el transcurso de la investigación. Del mismo modo se utilizará un consentimiento informado en la que los participantes autorizan su voluntad de pertenecer al estudio.

También el Art.26 refiere que el profesional en psicología no debe publicar investigaciones con resultados falsificados o plagio (Colegio de psicólogos del Perú, 2017).

IV.RESULTADOS

Tabla 2

Análisis de validez de contenido de Inventario del Trastorno Hipocondríaco

		J1	J2	J3	J4	J5	J6	Media	DE	V de Aiken
Ítem 1	Relevancia	4	4	4	4	4	4	4.00	0.00	1.00
	Representatividad	4	4	4	4	3	4	3.83	0.41	0.94
	Claridad	4	4	4	4	4	4	4.00	0.00	1.00
Ítem 2	Relevancia	4	4	4	3	4	4	3.83	0.41	0.94
	Representatividad	4	4	4	4	3	4	3.83	0.41	0.94
	Claridad	4	4	3	3	4	4	3.67	0.52	0.89
Ítem 3	Relevancia	4	4	4	1	4	4	3.50	1.22	0.83
	Representatividad	4	4	4	1	3	4	3.33	1.21	0.78
	Claridad	4	4	3	1	4	4	3.33	1.21	0.78
Ítem 4	Relevancia	4	4	4	3	4	4	3.83	0.41	0.94
	Representatividad	4	4	4	3	3	4	3.67	0.52	0.89
	Claridad	4	4	4	3	4	4	3.83	0.41	0.94
Ítem 5	Relevancia	4	4	4	4	4	4	4.00	0.00	1.00
	Representatividad	4	4	4	4	3	4	3.83	0.41	0.94
	Claridad	4	4	4	4	4	4	4.00	0.00	1.00
Ítem 6	Relevancia	4	4	4	4	4	4	4.00	0.00	1.00
	Representatividad	4	4	4	4	3	4	3.83	0.41	0.94
	Claridad	4	4	4	4	4	4	4.00	0.00	1.00
Ítem 7	Relevancia	4	4	4	2	4	4	3.67	0.82	0.89
	Representatividad	4	4	4	2	3	4	3.50	0.84	0.83
	Claridad	4	4	3	2	4	4	3.50	0.84	0.83
Ítem 8	Relevancia	4	4	4	2	4	4	3.67	0.82	0.89
	Representatividad	4	4	4	2	3	4	3.50	0.84	0.83
	Claridad	4	4	4	2	4	4	3.67	0.82	0.89

Ítem 9	Relevancia	4	4	4	3	4	4	3.83	0.41	0.94
	Representatividad	4	4	4	4	3	4	3.83	0.41	0.94
	Claridad	4	4	4	3	4	4	3.83	0.41	0.94
Ítem 10	Relevancia	4	4	4	4	4	4	4.00	0.00	1.00
	Representatividad	4	4	4	4	3	4	3.83	0.41	0.94
	Claridad	4	4	4	4	4	4	4.00	0.00	1.00
Ítem 11	Relevancia	4	4	4	2	4	4	3.67	0.82	0.89
	Representatividad	4	4	4	2	3	4	3.50	0.84	0.83
	Claridad	4	4	4	2	4	4	3.67	0.82	0.89
Ítem 12	Relevancia	4	4	4	4	4	4	4.00	0.00	1.00
	Representatividad	4	4	4	4	3	4	3.83	0.41	0.94
	Claridad	4	4	4	3	4	4	3.83	0.41	0.94
Ítem 13	Relevancia	4	4	4	2	4	4	3.67	0.82	0.89
	Representatividad	4	4	4	2	3	4	3.50	0.84	0.83
	Claridad	4	4	4	2	4	4	3.67	0.82	0.89
Ítem 14	Relevancia	4	4	4	3	4	4	3.83	0.41	0.94
	Representatividad	4	4	4	4	4	4	4.00	0.00	1.00
	Claridad	4	4	4	3	4	4	3.83	0.41	0.94
Ítem 15	Relevancia	4	4	4	4	4	4	4.00	0.00	1.00
	Representatividad	4	4	4	4	4	4	4.00	0.00	1.00
	Claridad	4	4	4	4	4	4	4.00	0.00	1.00
Ítem 16	Relevancia	4	4	4	3	4	4	3.83	0.41	0.94
	Representatividad	4	4	4	3	4	4	3.83	0.41	0.94
	Claridad	4	4	4	2	4	4	3.67	0.82	0.89
Ítem 17	Relevancia	4	4	4	4	4	4	4.00	0.00	1.00
	Representatividad	4	4	4	4	4	4	4.00	0.00	1.00
	Claridad	3	4	4	4	4	4	3.83	0.41	0.94
Ítem 18	Relevancia	4	4	4	3	4	4	3.83	0.41	0.94

	Representatividad	4	4	4	3	4	4	3.83	0.41	0.94
	Claridad	4	4	4	3	4	4	3.83	0.41	0.94
Ítem 19	Relevancia	4	4	4	3	4	4	3.83	0.41	0.94
	Representatividad	4	4	4	3	4	4	3.83	0.41	0.94
	Claridad	4	4	4	3	4	4	3.83	0.41	0.94
Ítem 20	Relevancia	4	4	4	3	4	4	3.83	0.41	0.94
	Representatividad	4	4	4	3	4	4	3.83	0.41	0.94
	Claridad	4	4	4	3	4	4	3.83	0.41	0.94
Ítem 21	Relevancia	4	4	4	3	4	4	3.83	0.41	0.94
	Representatividad	4	4	4	3	4	4	3.83	0.41	0.94
	Claridad	4	4	4	3	4	4	3.83	0.41	0.94
Ítem 22	Relevancia	4	4	4	4	4	4	4.00	0.00	1.00
	Representatividad	4	4	4	4	4	4	4.00	0.00	1.00
	Claridad	4	4	4	4	4	4	4.00	0.00	1.00
Ítem 23	Relevancia	4	4	4	2	4	4	3.67	0.82	0.89
	Representatividad	4	4	4	3	4	4	3.83	0.41	0.94
	Claridad	4	4	4	2	4	4	3.67	0.82	0.89
Ítem 24	Relevancia	4	4	4	4	4	4	4.00	0.00	1.00
	Representatividad	4	4	4	4	4	4	4.00	0.00	1.00
	Claridad	4	4	4	4	4	4	4.00	0.00	1.00
Ítem25	Relevancia	4	4	4	4	4	4	4.00	0.00	1.00
	Representatividad	4	4	4	4	4	4	4.00	0.00	1.00
	Claridad	2	4	4	4	4	4	3.67	0.82	0.89
Ítem 26	Relevancia	4	4	4	4	4	4	4.00	0.00	1.00
	Representatividad	4	4	4	4	4	4	4.00	0.00	1.00
	Claridad	4	4	4	4	4	4	4.00	0.00	1.00
Ítem 27	Relevancia	4	4	4	4	4	4	4.00	0.00	1.00
	Representatividad	4	4	4	4	4	4	4.00	0.00	1.00

	Claridad	4	4	4	4	4	4	4.00	0.00	1.00
Ítem 28	Relevancia	4	4	4	4	4	4	4.00	0.00	1.00
	Representatividad	4	4	4	4	4	4	4.00	0.00	1.00
	Claridad	4	4	4	4	4	4	4.00	0.00	1.00
Ítem 29	Relevancia	4	4	4	4	4	4	4.00	0.00	1.00
	Representatividad	4	4	4	4	4	4	4.00	0.00	1.00
	Claridad	4	4	4	4	4	4	4.00	0.00	1.00
Ítem 30	Relevancia	4	4	4	4	4	4	4.00	0.00	1.00
	Representatividad	4	4	4	4	4	4	4.00	0.00	1.00
	Claridad	4	4	4	4	4	4	4.00	0.00	1.00

Nota: 1=Nada claro, No es relevante, Nada pertinente; 2=medianamente claro, medianamente relevante, poco pertinente; 3=claro, relevante, pertinente; 4=completamente claro, totalmente relevante, totalmente pertinente; y J1, J2, J3, se entiende como los jueces participantes.

En la tabla N° 2 la validez de contenido del inventario del Trastorno Hipocondríaco se concretó por seis jueces, aplicando la V de Aiken en la cual los ítems del 1 al 30 se consideran válidos arrojando valores por encima del 0.70 hasta el 1.00 (Caycho, 2018). El ítem 3 obtiene un valor mínimo de 0.78 (Domínguez, 2016). De esta forma los ítems pueden medir la variable de Hipocondriasis. Así mismo en relevancia existen valores entre 3.50 y 4.00; la representatividad osciló entre 3.33 y 4.00, en Claridad existen valores de 4 y 3.33.

Tabla 3

Análisis preliminar de los ítems

	M	DE	g1	g2	ritc
ITH 1	2.99	1.01	0.00443	-0.977	0.365
ITH 2	2.69	1.04	0.246	-0.821	0.545
ITH 3	2.48	0.963	0.329	-0.571	0.649
ITH 4	2.55	0.995	0.283	-0.744	0.530
ITH 5	2.71	1.11	0.133	-1.02	0.624
ITH 6	2.97	1.03	-0.18	-0.906	0.552
ITH 7	2.55	1.01	0.243	-0.913	0.656
ITH 8	2.49	1.02	0.285	-0.896	0.596
ITH 9	2.58	1.01	0.313	-0.79	0.602
ITH 10	2.79	0.997	0.108	-0.903	0.360
ITH 11	2.66	1.03	0.206	-0.864	0.612
ITH 12	2.47	0.95	0.429	-0.541	0.651
ITH 13	2.54	0.987	0.196	-0.735	0.680
ITH 14	2.58	0.982	0.0916	-0.728	0.665
ITH 15	2.51	0.990	0.0977	-0.604	0.647
ITH 16	2.86	0.937	0.107	-0.399	0.445
ITH 17	3	0.972	-0.472	-0.615	0.531
ITH 18	2.7	1.03	-0.0413	-0.932	0.628
ITH 19	2.86	0.981	-0.129	-0.736	0.560

ITH 20	3.16	1.02	-0.406	-0.498	0.345
ITH 21	3.09	1.11	-0.305	-0.8	0.449
ITH 22	3.06	1.05	-0.369	-0.748	0.544
ITH 23	2.83	1.08	-0.0455	-1.08	0.608
ITH 24	2.71	1	0.0626	-1.07	0.674
ITH 25	2.64	1.04	0.0863	-1.02	0.637
ITH 26	2.58	1.08	0.296	-0.917	0.598
ITH 27	2.62	1.07	0.233	-0.918	0.604
ITH 28	2.69	1.06	0.149	-1.11	0.651
ITH 29	2.75	1.14	0.261	-0.937	0.382
ITH 30	2.79	1.09	0.181	-0.809	0.385

Nota: *M=media, DE=desviación estándar, g1=asimetría de fitcher, g2=curtosis de fitcher, ritc=relación ítem test corregido.*

En la tabla 3, se observa el análisis preliminar de los ítems, donde el ítem 12 presenta la más baja (media=2.47), y el ítem 20 posee la media más alta (media=3.16). La desviación estándar se encuentra entre los valores 0.937 y 1.14; así también se evidencia que los valores de ítems en asimetría y curtosis se encuentran en los rangos +/- 1.5, por otro lado el ítem test corregido los puntajes oscilaron entre 0.360 y 0.680 (Ventura y Caycho, 2016).

Tabla 4

<i>Supuestos del análisis factorial exploratorio</i>			
<i>KMO Measure of Sampling Adequacy</i>			
Overall		0.899	
<i>Bartlett's Test of Sphericity</i>			
	χ^2	df	p
	2868	660	< .001

Nota: χ^2 = chi cuadrado, df= grado de libertad, p= significancia, KMO= Kaiser-Meyer-Oklín.

Las puntuaciones obtenidas en la Tabla 4, donde el KMO tiene un índice de estimación del 0.899 (Kaiser, 1974). Por consiguiente, el Bartlett arrojó un chi cuadrado de 2868, grados de libertad de 660 y una significancia de <.001 (López y Gutiérrez, 2019).

Tabla 5

Solución factorial

	F1	F2	F3	Comunidad <.40
ITH 7			0.728	0.615
ITH 8			0.839	0.676
ITH 9			0.778	0.620
ITH 12		0.537		0.512
ITH 13		0.828		0.574
ITH 14		0.913		0.760
ITH 15		0.543		0.516
ITH 23	0.552			0.418
ITH 24	0.671			0.606
ITH 25	0.819			0.653
ITH 26	0.784			0.526
ITH 27	0.568			0.422

Nota. F=factor

En la tabla 5, tras realizar el análisis se aceptan 12 Ítems, mostrando en los resultados del análisis factorial exploratorio del Trastorno Hipocondríaco las cargas factoriales en el factor 1 fluctúan entre 0.552 y 0.819, el factor 2 entre el 0.543 y 0.913 y el factor 3 entre 0.728 y 0.839 (Mavrou, 2015). Así mismo el análisis se realizó mediante el programa jamovi, se utilizó el método de extracción de datos de ejes principales basado en el análisis paralelo con rotación oblicuo. Mediante el análisis de los resultados se eliminaron los ítems

1, 2, 3, 4, 5, 6, 10, 11, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22 debido a que sus comunalidades eran menores al .40 sin embargo, los ítems 3, 29 y 30 se eliminaron debido a que cargaban para un solo factor y sus comunalidades eran menor al .40. Por otro lado, los puntos de cortes de las comunalidades oscilaron entre 0.418 y 0.760 el cual quiere decir que son puntuaciones aceptables (Lloret, Ferreres, Hernández y Tomás, 2014).

Tabla 6

Varianza explicada y varianza acumulada

	<i>Varianza total %</i>	<i>Varianza acumulada %</i>
<i>F1 Deterioro</i>	21.6	21.6
<i>F2 Preocupación</i>	19.5	41.1
<i>F3 Ideas Irracionales</i>	17.5	58.6

Nota. F=factor. %=porcentaje.

En la tabla 6 se arrojaron resultados de varianza explicada por factor entre el 17.5% al 21.6%, así mismo el factor 1 explica un 21.6% la variable, el factor 2 un 19.5% y el factor 3 un 17.5%; por otro lado, la constitución de representación del conjunto de factores tiene como varianza acumulada un 58.6% (Perez y Medrano, 2010).

Tabla 7

Matriz de correlaciones

	F1	F2	F3
F1 <i>Deterioro</i>	—	0.725	0.609
F2 <i>Preocupación</i>		—	0.631
F3 <i>Ideas Irracionales</i>			—

Nota. *F=factor*

En la tabla N 7, la matriz de correlaciones muestra los valores entre el factor 1 y factor 2 de 0.725 indicando que existe una relación positiva entre estos factores; y los factores con menor correlacionados son el factor 1 con el factor 3 arrojando un puntaje de 0.609.

Tabla 8

Confiabilidad por consistencia interna (N=470)

Dimensiones	Número de ítems	M	DE	α	ω
ITH	12				
F 1 <i>Deterioro</i>	5	2.67	0.822	0.838	0.841
F 2 <i>Preocupación</i>	4	2.53	0.819	0.860	0.862
F 3 <i>Ideas Irracionales</i>	3	2.54	0.880	0.836	0.837

Nota: M=media, DE=desviación estándar, α =Coeficiente alfa, ω =Coeficiente omega, F=factor

De acuerdo con la tabla 8, el valor total del coeficiente Alfa fluctúa valores desde 0.836 al 0.860 considerándose aceptable. En el Coeficiente Omega los valores fluctúan desde 0.837 al 0.862 indicando que existe una fiabilidad aceptada para el instrumento al igual que su consistencia interna (Moral, 2019).

V. DISCUSIÓN

La hipocondría se considera aquella creencia delirante por padecer una enfermedad, debido a la interpretación de síntomas que está suscitando en la persona, a su vez acompañado de miedo o preocupación de que esta enfermedad sea grave, por otro lado, no solo se limita a las preocupaciones físicas, generando afectaciones negativas en áreas personales tales como el área laboral, social, etc. Dichos criterios tienen un tiempo de duración de 6 meses aproximadamente (DSM IV, 2002).

Se realizó la investigación del constructo en una muestra de 470 participantes jóvenes del distrito de la ciudad de Lima. El principal objetivo de este trabajo es construir un inventario para medir el trastorno hipocondríaco en adultos de Lima. Los objetivos específicos en primer lugar son analizar la validez de contenido del inventario para medir el trastorno hipocondríaco en adultos de Lima. En segundo lugar, es evaluar la estructura interna del inventario del trastorno hipocondríaco en adultos de Lima, en tercer lugar, examinar las cargas factoriales del inventario para medir el trastorno hipocondríaco en adultos de Lima, en cuarto lugar, es analizar la consistencia interna del inventario del Trastorno Hipocondríaco en adultos de Lima.

Así mismo se desarrollaron los objetivos específicos donde el primero fue analizar la validez de contenido del inventario para medir el trastorno hipocondríaco en adultos de Lima. El cual se realizó por medio de seis jueces aplicando la V de Aiken, la cual los ítems del 1 al 30 se consideran válidos ya que en relevancia arrojan valores por encima del 0.83 hasta el 1.00. Así mismo en representatividad existen valores entre 0.78 y 1.00; la claridad osciló entre 0.78 y 1.00 indican que los ítems pueden medir la variable de Hipocondriasis. Para determinar la validez de contenido del inventario se empleó la V de Aiken ya que resulta una técnica fácil de usar. La V de Aiken plantea valores de 0 a 1, en la que 1 significa adecuado (Robles, 2018). Por lo tanto, en base a la evidencia de validez de contenido, los ítems del constructo muestran relevancia, el cual quiere decir que los reactivos son importantes para los factores y el constructo, representatividad, indicando que los ítems están midiendo a los factores correspondientes y claridad, debido a que la

comprensión de los reactivos es coherente para la población (Galicia, Balderrama y Edel, 2017).

El segundo objetivo es examinar la estructura interna del inventario del Trastorno Hipocondríaco en adultos de Lima, de los cuales se evidenciaron los supuestos del AFE donde las evidencias empíricas demostraron una esfericidad de Bartlett significativa $<.001$, el cual nos brinda una adecuada interpretación teórica sustentado en las puntuaciones (López y Gutiérrez, 2018). Por otro lado, se obtuvo valores representativos en el KMO siendo superior al $.80$ indicando un valor notable ya que cuanto más cercano esté al 1 implica relación muy buena con las variables (Kaiser, Meyer y Olkin, 2021). Así mismo arrojando resultados de varianza acumulada superior al 50%, indicando que la solución factorial explica al constructo está dentro de lo aceptado (Perez y Medrano, 2010), y las comunalidades mayores al $.40$, incluido dentro de las condiciones moderadas, para la explicación del modelo factorial (Lloret, Ferreres, Hernández y Tomás, 2014).

El tercer objetivo es examinar las cargas factoriales de un inventario para medir el trastorno hipocondríaco en adultos, tras realizar el análisis se aceptan 12 ítems, mostrando en los resultados del análisis factorial exploratorio del Trastorno Hipocondríaco las cargas factoriales en el factor 1 fluctúan entre 0.552 y 0.819 , el factor 2 entre el 0.543 y 0.913 y el factor 3 entre 0.728 y 0.839 , indicando que los ítems explican a los factores dentro de lo aceptado (Mavrou, 2015). Consecuentemente existieron ítems como el 3, 29 y 30 que cargaban de manera solitaria para un factor en particular por lo cual se eliminaron, debido se recomienda que cada factor como mínimo tenga 3 ítems que lo respalden (Lloret, Ferreres, Hernández y Tomás, 2014).

El cuarto objetivo es analizar las evidencias de consistencia interna en la que el primer factor obtiene el coeficiente alfa un valor de 0.836 y coeficiente omega de 0.840 considerándose aceptable. Así mismo en el factor dos obtiene un puntaje aceptable, el coeficiente alfa 0.860 y el coeficiente omega 0.863 . El tercer factor obtiene un valor de coeficiente alfa aceptable de 0.836 con el coeficiente omega con un valor adecuado de 0.837 (Moral, 2019).

Al contrastar la teoría con los resultados finales obtenidos del análisis factorial exploratorio, el factor 1 denominado “Deterioro” aquel que se origina en el individuo dañando de manera significativa el área social, laboral y familiar conformado por los ítems 23, 24, 25, 26 y 27 (DSM IV, 2002), El factor 2 denominado “Preocupación” aquella que se origina en el individuo por presentar síntomas leves o alteraciones en el organismo como su frecuencia cardíaca, presión arterial y temperatura conformado por los ítems 12, 13, 14 y 15 (DSM IV, 2002), el factor 3 denominado “Ideas Irracionales” son aquellos pensamientos asociados al contraer una enfermedad, dicho factor está conformado por los ítems 7, 8 y 9 (Pilowsky, 1967; DSM IV, 2002). Por lo tanto, los ítems correspondientes que cargan a cada factor son teóricamente significativos.

Inicialmente el Inventario del Trastorno Hipocondríaco, estaba conformado por 30 ítems, con 4 dimensiones sin embargo mediante el análisis de los datos empíricos se quedó con 12 ítems y 3 factores, donde a su vez los ítems con mayor significancia en el primer factor fue el ítem 25 con una carga factorial de .81 y comunalidad de .65, en el segundo factor fue el ítem 14 con una carga factorial de .91 y comunalidad de .76 y en el factor 3 fue el ítem 8 con una carga factorial de .83 y comunalidad de .67.

El Trastorno Hipocondríaco es aquella preocupación el cual genera ideas irracionales por contraer alguna enfermedad, originado por manifestar síntomas leves o alteraciones en el organismo del individuo, a causa de dicha preocupación se deterioran de manera significativa las áreas personales como el área social, laboral y familiar.

El inventario del trastorno hipocondríaco en adultos de Lima metropolitana tiene 3 factores como ideas irracionales, preocupación y deterioro. El instrumento *Multidimensional Inventory of Hypochondriacal MIHT* (Warwick y Salkovski, 1996) tiene 4 factores como el factor afectivo, cognitivo, conductual y factor perceptual. Del mismo modo Kassab, (2020) para el inventario breve *Short Health Anxiety Inventory SHAI (SHAI)* se analizó en base a tres factores siendo el modelo de tres factores con un adecuado ajuste del modelo.

Sin embargo, en el estudio existieron incidentes como la falta de investigaciones realizadas en nuestro país acerca del Trastorno Hipocondríaco y la escasez de información bibliográfica respecto al constructo. Al no existir estudios en el Perú que analicen de forma específica el constructo del trastorno hipocondríaco, la investigación tomó aportes teóricos y metodológicos de estudios realizados en otras poblaciones.

Finalmente, la investigación aporta a nivel metodológico ya que genera un antecedente de estudio por que utilizan procedimientos de acuerdo a la validez, confiabilidad y estructura interna. Así mismo a nivel teórico ya que brinda un aporte en relación al constructo y promovemos el desarrollo de futuras investigaciones en relación al Trastorno Hipocondríaco.

V. CONCLUSIONES

PRIMERA: En base a los datos obtenidos se construyó un inventario con 12 ítems para medir el trastorno Hipocondríaco en adultos de Lima metropolitana ya que se mostraron evidencias empíricas y teóricas que lo respalden.

SEGUNDA: Así mismo se realizó la validez de contenido mediante el criterio de seis jueces aplicando la V de Aiken, considerando adecuados los ítems del instrumento ya que posee valores entre 0.83 y 1.00.

TERCERA: Se realizó el análisis factorial exploratorio mediante los supuestos de esfericidad de Bartlett y la prueba de KMO, por otro lado, la varianza acumulada y las comunalidades, de acuerdo a la solución factorial, en la que evidenció en todos los índices un adecuado ajuste.

CUARTA: Mediante la solución factorial, el Inventario del Trastorno Hipocondríaco está constituido por 12 ítems, de los cuales sus cargas factoriales son superiores al .30, demostrando una adecuada explicación de los factores por parte de los reactivos.

QUINTA: Las evidencias de la consistencia interna se obtuvieron mediante el uso del coeficiente alfa y coeficiente omega en la que se concretó la fiabilidad adecuada entre cada factor.

VI. RECOMENDACIONES

Los resultados obtenidos a través de la investigación de la variable en mención obtuvieron valores aceptables proponiendo su uso para estudios en poblaciones que presenten características similares a la muestra estudiada.

Así mismo para futuras investigaciones utilizar el análisis factorial confirmatorio y obtener mayores evidencias empíricas del inventario.

Administrar el inventario del trastorno hipocondríaco con propósitos académicos, de investigación y para uso profesional ya que brinda datos apropiados de la variable.

Promover investigaciones psicométricas con el constructo dentro del contexto peruano ya que aportará nuevos conocimientos en el campo psicométrico.

Adecuar el inventario del trastorno hipocondríaco a un formato virtual para que la muestra sea más amplia.

Se sugiere utilizar el inventario a una muestra significativa para que el estudio sea representativo para una mejor obtención de resultados.

REFERENCIAS

- Aiken, L. (1985). Three Coefficients for Analyzing the Reliability and Validity of Ratings. *Educational and Psychological Measurement*, 45 (1), 131-142. <https://doi.org/10.1177%2F0013164485451012>
- American Psychiatric Association-APA. (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Masson.
- American Psychiatric Association-APA. (2014). *Manual diagnóstico estadístico de los trastornos mentales DSM-V*. 5ta edición. Madrid, Editorial Médica Panamericana.
- American Psychological ASSOCIATION. (2021). <https://www.apa.org/search>
- Análisis Multivariante con SPS (2021). Reducción de Datos: Análisis de Componentes Principales y Factoriales. Universidad de Alicante. España.
- Arnáez, S., Garcia, G., López, J. y Belloch, A (2019). The Spanish validation of the Short Health Anxiety Inventory: Psychometric properties and clinical utility. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. (1) 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2019.05.003>
- Ato, M., López, J. y Benavente, A. (2014). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Annals of Psychology*, 29 (3), 1038-1059. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Bardeen, J. R., y Fergus, T. A. (2020). Multidimensional Inventory of Hypochondriacal Traits: An Examination of a Bifactor Model and Measurement Invariance Between Those With and Without a Self-Reported Medical Condition. *Assessment*, 27 (1), 206-215. <https://doi.org/10.1177/1073191117725173>
- Bentler, PM; Bonett, D. (1980). Significance tests and goodness of fit in the analysis of covariance structures. *Psychological Bulletin*, 88 (3), 588–606. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.88.3.588>

- Boudouda, N. y Gana., K. (2020). Validity Evidence for the Arabic Version of the Multidimensional Inventory of Hypochondriacal Traits (MIHT). *Current Psychology*, (1), 1-10. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-00687-3>
- Caycho, T. (2018). Aportes a la cuantificación de la validez de contenido de cuestionarios en enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 34 (2), 262-264. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192018000200001&script=sci_arttext&tlng=en
- Chang, K., Kim, K., Fava, M., Mischoulon, D., Hong, J., Kim, D., Heo, J., Choi, H. y Jeon, H. (2016). Cross national differences in hypochondriasis symptoms between Korean and American outpatients with major depressive disorder. *Psychiatry Research*, 245 (1), 127–132. <https://doi:10.1016/j.psychres.2016.08.019>
- Colegio de psicólogos del Perú (2017). *Código de ética y deontología*. http://api.cpsp.io/public/documents/codigo_de_etica_y_deontologia.pdf
- Consejo nacional de ciencia, tecnología e innovación tecnológica. (2019). *Código nacional de integridad científica*. <https://learn-us-east-1-prod-fleet02-xythos.content.blackboardcdn.com/5ea8899e63bc1/66694?X-Blackboard-Expiration&response>
- Costello, A. y Osborne, J. (2005). Best Practices in Exploratory Factor Analysis: Four Recommendations for Getting the Most From Your Analysis. *Practical Assessment, Research, and Evaluation*, 10 (7), 1-9. <https://scholarworks.umass.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1156&context=pars>
- Cruz, A. y Cruz, E.(2017) Metodología para la construcción de instrumentos de medición en salud. *Alerg Asma Inmunol Pediatr*. 26 (3),100-105. <https://www.medigraphic.com/pdfs/alergia/al-2017/al173d.pdf>
- Domínguez, S. (2016). Validez de contenido usando la V de Aiken con intervalos de confianza: aportes a Rodríguez et al. *Arch Argent Pediatr*, 114 (3), 221-

223.<https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2016/v114n3a33.pdf>

- Escamilla, E., Ortiz, L., Pargas, J., Martínez, A., Botello, B., Villa, V. and Villarreal, J., (2020). Attitudes Associated with Hypochondria and Abnormal Behavior Towards Illness in Health Science Students. *Psychiatric Quarterly*, 91 (3), 921-928. <https://doi.org/10.1007/s11126-020-09761-2>
- Escobedo, M., Hernández, J., Estebané, V. y Martínez, G (2016). Modelos de ecuaciones estructurales: Características, fases, construcción, aplicación y resultados. *Ciencia & trabajo*. 18 (55), 16–22. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-24492016000100004>
- Ferrando, P. y Anguiano, C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles del Psicólogo*, 31 (1), 18-33. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77812441003.pdf>
- Fuentelsaz C. (2004). Cálculo de muestras. *Matronas Profesión*, 5 (18), 5-13. <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/vol5n18pag5-13.pdf>
- Galicia, L., Balderrama, J. y Edel, R. (2017) Validez de contenido por juicio de expertos: propuesta de una herramienta virtual. *Apert*, 9 (2), 43-53. <https://doi.org/10.32870/ap.v9n2.993>
- Gómez, V., González, A., Pérez, M. y Moreno, P. (2018). Hipocondría en la infancia y adolescencia. *REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL*. 35 (1) 7-18. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v35n1a1>
- Hernández, R. y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación*. 6a. Edición. México D.F.: McGraw-Hill.
- Jordan, K. D., Williams, P. G., y Smith, T. W. (2015). Interpersonal Distinctions among Hypochondriacal Trait Components: Styles, Goals, Vulnerabilities, and Perceptions of Health Care Providers. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 34 (6), 459–475. <https://doi.org/10.1521/jscp.2015.34.6.459>

- Kaiser, H. (1974) AN INDEX OF FACTORIAL SIMPLICITY. *Psychometrika*, 39 (1); 31-36. <https://doi:10.1007/bf02291575>
- Kassab, A. (2020). Latent structure, measurement invariance, and reliability of an Arabic version of the Short Health Anxiety Inventory. *Journal of Experimental Psychopathology*, (1), 1-15. <https://doi.org/10.1177%2F2043808720912629>
- Lloret, S., Ferreres A., Hernández, A. y Tomás, I. (2014). El Análisis Factorial Exploratorio de los Ítems: una guía práctica, *Anales de Psicología*, 30 (3), 1151-1169. <https://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.3.199361>
- López, M. y Gutiérrez, L. (2019). Cómo realizar e interpretar un análisis factorial exploratorio utilizando SPSS. *REIRE Revista d'Innovació i Recerca en Educació*, 12 (2), 1–14. <https://doi.org/10.1344/reire2019.12.227057>
- López, M., y Gutiérrez, L. (2019). Cómo realizar e interpretar un análisis factorial exploratorio utilizando SPSS. *REIRE. Revista d'Innovació i Recerca en Educació*. 12 (2) 1-14. <http://doi.org/10.1344/reire2019.12.227057>
- Lucock, M. y Morley, S. (1996). The Health Anxiety Questionnaire. *British Journal of Health Psychology*, 1 (2), 137–150. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8287.1996.tb00498.x>
- Martínez, C. y Sepúlveda, M. (2012). Introducción al análisis factorial exploratorio. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 41 (1), 197–207. [https://doi.org/10.1016/S0034-7450\(14\)60077-9](https://doi.org/10.1016/S0034-7450(14)60077-9)
- Mavrou, I. (2015). Análisis factorial exploratorio: Cuestiones conceptuales y metodológicas. *Revista Nebrija de lingüística aplicada*, 19.
- McDonald, R. y Ho, M (2002). Principles and practice in reporting statistical equation analyses. *Psychological Methods*, 1 (7), 64-82. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/1082-989X.7.1.64>
- Minsa (2021) . Estadística poblacional. Repositorio Único Nacional de Información en Salud. https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/poblacion_estimada.asp

- Moral, J. (2019). Revisión de los criterios para validez convergente estimada a través de la Varianza Media Extraída. *Psychologia*, 13 (2), 25-41. <http://www.scielo.org.co/pdf/psych/v13n2/1900-2386-psych-13-02-25.pdf>
- Moreno, R., Martínez, R. J., y Muñiz, J. (2004). Directrices para la construcción de ítems de elección múltiple. *Psicothema*, 16 (3), 490-497. <https://www.redalyc.org/pdf/727/72716324.pdf>
- Muñiz, J. y Fonceca, E. (2019). Diez pasos para la construcción de un test. *Psicothema*, 31 (1), 7-16.
- Nemoto, T. y Beglar, D. (2014). Developing Likert-Scale Questionnaires. Temple University, Tokio. https://jalt-publications.org/sites/default/files/pdf-article/jalt2013_001.pdf
- Newby, J., Hobbs, M., Mahoney, A., Wong, Shiu K. y Gavin, A. (2017). DSM-5 illness anxiety disorder and somatic symptom disorder: Comorbidity, correlates, and overlap with DSM-IV hypochondriasis. *Journal of Psychosomatic Research*, 1-30. <https://doi10.1016/j.jpsychores.2017.07.010>
- Padrón, H., Pinilla, B., Cobo, L., Sáez, M., González, V., Pastorelli, R. y Bañón, S. (2013). Tengo una enfermedad. Revista BIBLIOPSIQUIS. <http://psiqu.com/1-4772>
- Pan, B., Zhang, Q., Tsai, H., Zhang, B. y Wang, W. (2018). Hypochondriac concerns and correlates of personality styles and affective states in bipolar I and II disorders. *BMC Psychiatry*, 18(1), 1–7. <https://10.1186/s12888-018-1988-0>
- Pastorelli, R., Bañón, S., Trigo, A., Carballada, J. y Gonzales, J. (2011). Caso Clínico: Trastorno Hipocondríaco. *Revista Psiquiátrica*. 15-61. <https://www.cchaler.org/app/download/4754902960/Trastorno+hipocondr%C3%ADaco.pdf>
- Pavithra, N., Bhalchandra, D., Desai, G. y Chaturvedi, S. (2019). Hypochondriasis: Clinical Profile in a Tertiary Care Psychiatry and

- Neurosciences Hospital in Southern India - A Retrospective Chart Review. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 41 (2), 178–181. https://org/10.4103/IJPSYM.IJPSYM_177_18
- Perez, E. y Medrano, L. (2010). Análisis Factorial Exploratorio: Bases conceptuales y Metodológicas. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento*, 1 (2), 58-66.
- Pilowsky, I. (1967). Dimensions of hypochondriasis. *British journal of psychiatry*, 113 (494), 89-93. <https://doi.org/10.1192/bjp.113.494.89>
- Robles, P. (2018). Índice de validez de contenido: Coeficiente V de Aiken. *Pueblo Continente*, 29 (1), 193-197. <http://200.62.226.189/PuebloContinente/article/view/991/914>
- Sabourin, B., Stewart, S., Sherry, S., Watt, M., Wald, J. y Grant, V. (2008). Physical Exercise as Interoceptive Exposure Within a Brief Cognitive-Behavioral Treatment for Anxiety-Sensitive Women. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 22 (4), 303–320. <https://doi:10.1891/0889-8391.22.4.303>
- Salkovskis, P., Rimes, K., Warwick, H. y Clark, D. (2002). The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychological Medicine*, 32 (5), 843-856. <https://doi.org/10.1017/S0033291702005822>
- Sirri, L., Ricci, G., 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), 1-6. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.07.002>
- Stewart, S., Sherry, S., Watt, M., Grant, V., Hadjistavropoulos, H. (2008). Psychometric Evaluation of the Multidimensional Inventory of Hypochondriacal Traits: Factor Structure and Relationship to Anxiety Sensitivity. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 22 (2), 97–114. <https://doi:10.1891/0889-8391.22.2.9>

- Tamayo, M. (2018). *El proceso de la investigación científica*. 5a edición. Limusa, México.
- Vallejo, S., Gonzalez, M., Moreno, R. y Pardillo, D. (2018). Hipocondría en la infancia y adolescencia. Revisión bibliográfica. *REVISTA DE PSIQUIATRÍA INFANTO-JUVENIL*. 35 (1), 7-16. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v35n1a1>
- Ventura, J. y Caycho, T. (2016). Análisis psicométrico de una escala de dependencia emocional en universitarios peruanos. *Revista de psicología (Santiago)*, 25 (1), 01-17. <https://doi.org/10.5354/0719-0581.2016.42453>
- Weck, F., Bleichhardt, G., Hiller, W. (2009). The Factor Structure of the Illness Attitude Scales in A German Population. *Int.J. Behav. Med*, 16 (2), 164–171. <https://doi.org/10.1007/s12529-009-9043-7>
- Weck, F., Nagel, L., Richtberg, S. y Neng, J. (2016). Personality Disorders in Hypochondriasis: A Comparison to Panic Disorder and Healthy Controls. *Journal of Personality Disorders*, 31 (4), 1–10. https://doi.org/10.1521/pepi_2016_30_271
- Weck, F., Richtberg, S. y Neng, J (2014). Epidemiology of Hypochondriasis and Health Anxiety: Comparison of Different Diagnostic Criteria. *Current Psychiatry Reviews*, 10 (1), 14–23. <https://www.ingentaconnect.com/content/ben/cpsr/2014/00000010/0000001/art00003#expand/collapse>
- Witthöft, M., Weck, F., y Gropalis, M. (2015). The Multidimensional Inventory of Hypochondriacal Traits: Factor Structure, Specificity, Reliability, and Validity in Patients With Hypochondriasis. *Assessment*, 22 (3), 361–373. <https://doi.org/10.1177/1073191114545489>
- Zahid, Mohammad Faizan; Haque, Ambreen; Aslam, Moaz; Aleem, Numra Abdul; Hussain, Sheraz; Fahad, Hamna; Naqvi, Haider Ali; Ghias, Kulsoom (2016). Health-Related Anxiety and Hypochondriacal Concerns in Medical Students: A Cross-Sectional Study From Pakistan. *Teaching and Learning in Medicine*, (1), 1–8. <https://doi.org/10.1080/10401334.2016.1155459>



Anexo 1: Instrumento

INVENTARIO DEL TRASTORNO HIPOCONDRIACO

Edad:.....**Sexo:** Masculino () Femenino () **Distrito:** Sjl () Rimac () Los olivos () Otro.....

Grado de instrucción: Primaria () Secundaria () Superior ()

Fecha:.....

Factor de riesgo: Enfermedad cardiovascular () Diabetes () Enfermedad hepática () Ansiedad () Depresión () Trastornos alimenticios () Otros () Ninguno ()

INSTRUCCIONES: A continuación, encontrarás expresiones que usamos en referencia al “Trastorno Hipocondríaco”, para lo cual solicitamos tu cooperación. Lea y responda cada enunciado marcando con una CRUZ (X) dentro del cuadro que le corresponda. Por favor no deje ninguna alternativa sin contestar. No existen respuestas buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase y trate de dar la respuesta que mejor describa cómo se siente.

OPCIONES DE RESPUESTA:

1	2	3	4	5
Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	Casi siempre	Siempre

Enunciados	N	CN	O	CS	S
1. Tengo miedo a contraer alguna enfermedad	1	2	3	4	5
2. A pesar del diagnóstico por parte de un profesional médico, continuo con miedo a padecer alguna enfermedad.	1	2	3	4	5
3. Mis temores persisten a pesar de las explicaciones médicas.	1	2	3	4	5
4. Me desespero cuando no puedo tranquilizarme.	1	2	3	4	5
5. Me siento intranquilo/a a pesar de recibir una explicación clara de mi salud.	1	2	3	4	5
6. Me siento angustiado/a y reviso fuentes de información para saber más sobre mi salud.	1	2	3	4	5
7. Pensar en una enfermedad afecta mis ideas sobre las cosas de manera negativa.	1	2	3	4	5
8. Cuando tengo ideas de una enfermedad, me siento inseguro de mí mismo/a.	1	2	3	4	5
9. Siento que mi preocupación por padecer alguna enfermedad me hace pensar lo peor.	1	2	3	4	5
10. Reviso mi aspecto físico para ver si hay algo inusual en mi cuerpo.	1	2	3	4	5
11. Siento que a causa de mi condición corporal sufriré alguna enfermedad.	1	2	3	4	5
12. Cuando siento algún dolor pienso automáticamente que puede ser una enfermedad grave.	1	2	3	4	5



13. Cuando pienso que podría padecer alguna enfermedad, suelo presentar síntomas.	1	2	3	4	5
14. Los síntomas que suelo tener se deben al pensamiento por alguna enfermedad.	1	2	3	4	5
15. Siento que mi miedo por una enfermedad me genera síntomas.	1	2	3	4	5
16. Soy demasiado cauteloso/a con mi salud porque considero que debo cuidarme de las enfermedades.	1	2	3	4	5
17. Me resulta muy preocupante crear hábitos saludables.	1	2	3	4	5
18. Siento que no he gozado de buena salud a pesar de mis minuciosos hábitos saludables.	1	2	3	4	5
19. Suelo llevar demasiados productos de higiene para poder prevenir alguna enfermedad.	1	2	3	4	5
20. Suelo lavarme las manos inmediatamente después de tocar alguna superficie.	1	2	3	4	5
21. Evito comer fuera de casa a pesar del hambre porque no sé qué implementos y productos usan en los puestos de comida.	1	2	3	4	5
22. Me preocupo más por mi salud que por mis amistades.	1	2	3	4	5
23. Dejé de realizar actividades que impliquen relacionarme socialmente a causa de pensar en alguna enfermedad.	1	2	3	4	5
24. Siento que mis preocupaciones por la salud restringen mis relaciones sociales.	1	2	3	4	5
25. Me desconcentro o desconcentra en el trabajo por pensar en mi salud.	1	2	3	4	5
26. Mi desempeño laboral ha sido afectado o fue afectado al preocuparme por mi salud.	1	2	3	4	5
27. Me ausento o ausentaba de mi trabajo por sentir alteración en mis funciones físicas.	1	2	3	4	5
28. Siento que mi miedo por alguna enfermedad influye en mi dinámica familiar.	1	2	3	4	5
29. Mi familia suele pensar que cuido exageradamente mi salud.	1	2	3	4	5
30. Los miembros de mi familia han descuidado sus actividades por estar pendientes de mi salud, muy a pesar de no estar enfermo.	1	2	3	4	5

Gracias por completar el cuestionario.

Anexo 2: Matriz de operacionalización

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS
Hipocondriasis	Consiste en la interpretación errónea que tiene un individuo ante la presencia de un síntoma (Pilowsky,1967; Kellner,1987; Salkovski y Warwick, 2002).	Se medirá la hipocondriasis mediante el instrumento <i>Inventario del Trastorno Hipondicaco (ITH)</i> en personas adultas elaborado para el presente estudio.	Fobia a las enfermedades	Miedo a las enfermedades.	1. Tengo miedo a contraer alguna enfermedad.
					2. A pesar del diagnóstico por parte de un profesional médico, continuo con miedo a padecer esa enfermedad.
					3. Mis temores persisten a pesar de las explicaciones a pesar de las explicaciones médicas.
				Ansiedad por tranquilizarse.	4. Me desespero cuando no puedo tranquilizarme.
					5. Me siento intranquilo a pesar de recibir una explicación clara de mi salud.

					6. Me siento angustiado y reviso fuentes de información para saber más sobre mi salud.	
				Ideas irracionales	7. Siento que al pensar en una enfermedad afecta mis emociones.	
					8. Cuando tengo ideas de una enfermedad, me siento inseguro.	
					9. Siento que mi preocupación por padecer una enfermedad me hace pensar lo peor.	
			Preocupación	Disconformidad física	10. Reviso mi aspecto físico para ver si hay algo inusual en mi cuerpo.	
						11. Siento que a causa de mi condición física sufriré alguna enfermedad.
						12. Cuando siento algún dolor pienso automáticamente que puede ser una enfermedad grave.

				<p>Temor somatizado</p> <p>13. Cuando pienso que tendré una enfermedad, suelo sentir los síntomas posteriores a lo pensado.</p> <p>14. Los síntomas que suelo tener se deben al pensamiento de esa enfermedad.</p> <p>15. Siento que mi miedo por una enfermedad me genera síntomas.</p>
			<p>Hábitos</p>	<p>Comportamiento extremo para cuidar su salud</p> <p>16. Soy demasiado cauteloso porque considero que debo cuidarme de las enfermedades.</p> <p>17. Me resulta muy preocupante crear hábitos saludables.</p> <p>18. Siento que he gozado de buena salud a causa de mis minuciosos hábitos saludables.</p>
				<p>Medidas sanitarias para</p> <p>19. Suelo llevar demasiados productos de higiene para poder prevenir la enfermedad.</p>

				evitar la enfermedad.	20. Suelo lavarme las manos inmediatamente al sentir que toque alguna superficie.
					21. Evito comer fuera de casa a pesar del hambre porque no sé qué implementos y productos usan en los puestos de comida.
			Deterioro	Deterioro social	22. Me preocupo más por mi salud que por mis amistades.
					23. Dejé de realizar actividades que impliquen relacionarme socialmente.
					24. Siento que mis preocupaciones por la salud restringen mis relaciones sociales.
				Deterioro laboral	25. Suelo o solía desconcentrarse en el trabajo por pensar en mi salud.

					26. Mi desempeño laboral ha sido afectado o fue afectado al preocuparme por mi salud.
					27. Suelo o solía ausentarme de mi trabajo por sentir alteración en mis funciones físicas.
				Deterioro familiar	28. Siento que mi miedo por la enfermedad influye en mi dinámica familiar.
					29. Mi familia suele pensar que cuido exageradamente mi salud.
					30. Los miembros de mi familia han descuidado sus actividades por estar pendientes de mi salud, muy a pesar de no estar enfermo.

Anexo 3: Autorización

Solicito: Realizar visitas a sus instalaciones para la aplicación de un instrumento.

Lic. Noemi Bartolo Santiago

DIRECTOR MÉDICO DE LA CLÍNICA SANTA ELIZABETH S.R.L

Es grato dirigirnos a su persona para expresarle nuestro cordial saludo y mencionarle que somos estudiantes de la Universidad César Vallejo de la carrera profesional de Psicología cursando el X ciclo. Nuestro grupo de estudio está conformado por Espinoza Perez, Luis Tarek identificado con DNI N° (75311995) y Ramirez Salazar, Cony identificado con DNI N° (47666530). Mediante el documento solicitamos realizar visitas a la “Clínica Santa Elizabeth” S.R.L, ubicado en Av. Lima 2166-2168 urbanización La Huayrona San Juan de Lurigancho, en horarios establecidos para la aplicación de un instrumento de evaluación, obtención de datos generales de la clínica, asistir frecuentemente a la clínica únicamente con fines de investigación que estará guiada por el Mg. Nikolai Rodas Vera, quién se hará cargo de direccionar nuestras actividades realizadas en la institución.

Sin otro particular, me despido, no sin antes expresar mis sentimientos de estima personal.

San Juan de Lurigancho, 18 de junio del 2021.

Lic. Noemi Bartolo Santigao

Int.Psic. Espinoza Perez, Luis Tarek

Int. Psic. Ramirez Salazar, Cony

Anexo 4: Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UNA INVESTIGACIÓN - ADULTOS

Título del estudio Construcción y validación de una escala para medir el trastorno hipocondríaco en adultos de Lima metropolitana.

Investigadores : Int. Psic. Cony Ramírez Salazar
Int.Psic. Luis Tarek Espinoza Perez

Institución : Escuela de Psicología de la Universidad César Vallejo

Propósito del estudio:

Te estamos invitando a participar en un estudio donde se construirá un instrumento que evalúa el trastorno hipocondríaco, el cual está impreso en un papel, donde responderás preguntas u oraciones. Este estudio es desarrollado por investigadores de la Universidad César Vallejo campus Lima este. El trastorno hipocondríaco consiste en la interpretación errónea que tiene un individuo ante la presencia de un síntoma teniendo la creencia que padece algún tipo de enfermedad que a su vez este acto perjudica el área social, emocional y personal del individuo es por ello que es muy importante conocer si el instrumento funciona adecuadamente.

Procedimientos:

La evaluación servirá para construir el instrumento por medio de los cuales se identificará el trastorno Hipocondríaco que puedes presentar. Esta información servirá como punto de partida para que la Universidad César Vallejo fortalezca el área de investigación con respecto a la construcción de instrumentos.

Riesgos:

La evaluación demora 15 minutos. No hay ningún riesgo físico. Tal vez puede ser que recuerdes algunos eventos de tu vida. Por otro lado, es probable que el instrumento no evalúe /funcione adecuadamente, lo cual significaría que serías evaluado nuevamente.

Beneficios:

Obtendrás beneficios de dos maneras: contribuirás con el aporte al conocimiento y la investigación académica también tendrás información sobre el trastorno hipocondríaco y algunas pautas para poder sobrellevarlo.

Costo:

El participante no realizará algún pago. Igualmente, no recibirá ninguna compensación económica ni académica de parte de los investigadores.

Confidencialidad:

Tu nombre sólo será escrito para verificar el cuestionario del trastorno hipocondríaco (el correcto funcionamiento del instrumento, deben explicar brevemente de acuerdo al diseño de su investigación) el cual no será difundido de ninguna manera

Derechos del participante:

Podrás retirarte de la evaluación en cualquier momento y podrás despejar tus dudas por medio de los evaluadores. En el caso de tener otra consulta sobre la investigación, podrás llamar a los responsables de la investigación, Espinoza Perez, Luis Tarek (Teléfono: 983567836) y Ramirez Salazar, Cony (Teléfono: 936505250).

Una copia de este consentimiento informado te será entregada.

Declaración y/o Consentimiento

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo de las actividades en las que participaré si ingreso al estudio, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Nombres:

Firma:

.....
.....

Fecha y hora

Firma:

Nombres del Testigo, si el participante tiene un impedimento físico o es analfabeto:

.....
.....

Fecha y hora

Firma:

Nombres y apellidos del responsable inmediato:

.....
.....

Fecha y hora

Anexo 6: Carta de presentación



"Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia"

Lima, 24 de Junio de 2021

CARTA INV. N° 023-2021/EP/PSI. UCV LIMA-LE

Sr:
Dr. Juan Carlos Infante Armas
Director médico
CLÍNICA SANTA ELIZABETH S.R.L

Presente. -

De nuestra consideración:

Es grato dirigirme a usted, para expresarle mi cordial saludo y a la vez presentar a Espinoza Perez, Luis Tarek (DNI 75311995) y Ramirez Salazar, Cony (DNI 47666530), estudiantes de la carrera de psicología, quienes desean realizar su trabajo con el fin de construir un instrumento que mide trastorno hipocondríaco, lo cual les servirá para obtener su licenciatura. Ellos solicitan realizar la aplicación de instrumentos psicológicos en los ambientes de la clínica. El proyecto está en proceso de ser evaluado, pero se expide la presente carta presentando a las estudiantes para las gestiones administrativas necesarias.

En esta oportunidad hago propicia la ocasión para renovarles los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,



Mgtr. Melisa Sevillano Gamboa
Coordinadora Académica de la
Escuela Profesional de Psicología
Universidad César Vallejo
Filial Lima Campus Lima Este