

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE MEDICINA HUMANA



**Factores asociados a ansiedad por salud en pacientes de un centro de salud
de José Leonardo Ortiz, enero-marzo 2024**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE
MÉDICO CIRUJANO**

AUTOR

Marja Fiorella Espinoza Cabrera

ASESOR

Roberto Raul Carbajal Dieguez

<https://orcid.org/0009-0006-2286-504X>

Chiclayo, 2026

Factores asociados a ansiedad por salud en pacientes de un centro de salud de José Leonardo Ortiz, enero-marzo 2024

PRESENTADA POR

Marja Fiorella Espinoza Cabrera

A la Facultad de Medicina de la
Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo
para optar el título de

Médico cirujano

APROBADA POR

Sorey Garlet Gayoso Dianderas

PRESIDENTE

Martha Roxana Rodríguez Rodríguez de Mesta

SECRETARIO

Roberto Raul Carbajal Diéguez

VOCAL

Dedicatoria

Dedico este trabajo a mi padre, quien me apoyó durante los siete años de formación académica y es mi ejemplo por seguir; a mi madre, que me brinda su amor y apoyo constante; a mis abuelos, aunque no se encuentren físicamente, desde el cielo me brindan su guía e iluminan mi camino; y a mi mascota quien me acompañó durante largos días y noches realizando este trabajo.

Agradecimientos

A mis asesores.

Factores asociados a ansiedad por salud en pacientes de un centro de salud de José Leonardo Ortiz, enero-marzo 2024

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	pdfs.semanticscholar.org Fuente de Internet	2%
2	docplayer.es Fuente de Internet	1%
3	Submitted to Universidad Catolica De Cuenca Trabajo del estudiante	1%
4	repositorio.cientifica.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	revistas.univalle.edu Fuente de Internet	1%
6	alicia.concytec.gob.pe Fuente de Internet	1%
7	Submitted to Pontificia Universidad Catolica del Peru Trabajo del estudiante	<1%
8	upc.aws.openrepository.com Fuente de Internet	<1%

Índice

Resumen	6
Abstract	7
Introducción.....	8
Revisión de literatura.....	11
Materiales y métodos	13
Resultados y discusión	17
Conclusiones	23
Recomendaciones	24
Referencias.....	24
Anexos	29

Resumen

Objetivo: Determinar los factores sociodemográficos y clínicos asociados a la presencia de ansiedad por salud en pacientes atendidos en el Centro de Salud Pedro Pablo Atusparias de José Leonardo Ortiz, durante el período enero–marzo 2024. **Metodología:** Estudio cuantitativo, observacional, analítico, de tipo transversal. La población fueron 350 pacientes ambulatorios atendidos en el Centro De Salud Pedro Pablo Atusparias en el período enero a marzo del año 2024. Para evaluar la ansiedad por salud (AS) se utilizó el Inventario corto de ansiedad por salud y para determinar las características clínicas y sociodemográficas se empleó una ficha de recolección de datos. **Resultados:** 15.47% de participantes obtuvieron un resultado positivo para AS. Los factores clínicos significativamente asociados a la AS incluyeron la presencia de enfermedad crónica (OR = 4.77, IC 95%: 2.22–10.29) y el número de atenciones a instituciones de salud (OR = 2.63, IC 95%: 1.08–6.41). Además, el historial de hospitalización también mostró una relación significativa (OR = 2.85, IC 95%: 1.20–6.79). **Conclusiones:** Se determinaron como factores asociados a ansiedad por salud, a la presencia de enfermedad crónica y el número de atenciones e historia de hospitalización. Asimismo, no se halló asociación de características sociodemográficas de la población seleccionada.

Palabras clave: Hipocondriasis, Atención Primaria de Salud.

Abstract

Objective: To determine the sociodemographic and clinical factors associated with the presence of health anxiety in patients treated at the Pedro Pablo Atusparias Health Center in José Leonardo Ortiz, during the period January–March 2024. **Methodology:** Quantitative, observational, analytical, cross-sectional study. The population was 350 outpatients treated at the Pedro Pablo Atusparias Health Center in the period January to March 2024. The Short Health Anxiety Inventory was used to assess health anxiety (HA), and a data collection form was used to determine clinical and sociodemographic characteristics. **Results:** 15.47% of participants tested positive for HA. Clinical factors significantly associated with AS included the presence of chronic disease (OR = 4.77, 95% CI: 2.22–10.29) and the number of visits to health institutions (OR = 2.63, 95% CI: 1.08–6.41). In addition, hospitalization history also showed a meaningful relationship (OR = 2.85, 95% CI: 1.20–6.79). **Conclusions:** The presence of chronic disease and the number of visits and hospitalization history were determined as factors associated with health anxiety. Furthermore, no association was found between sociodemographic characteristics of the selected population.

Keywords: Hypochondriasis, Primary Health Care.

Introducción

El trastorno de ansiedad por salud (AS), denominado como ansiedad por la enfermedad, antes denominado hipocondriasis, consiste en un trastorno crónico, mayor de 6 meses, determinado por una preocupación prolongada y excesiva por la salud, así como la posible enfermedad. (1,2) Pese a que algunos prefieren evitar la atención médica en consecuencia de los altos niveles de ansiedad que padecen, se trata de un trastorno habitual en consultas de medicina general y psiquiatría, representando el 5% de la población general. (1,3) Ahora bien, la prevalencia estimada del trastorno depende de la muestra y el entorno del estudio, sin embargo, se cree que se presenta con mayor frecuencia en pacientes ambulatorios que acuden a consultorios de medicina general o medicina familiar, que, en otros entornos; y en el ámbito de la consulta de atención primaria en salud (APS) se ha registrado una tasa de prevalencia ponderada de 3%. (4) La patogenia del trastorno es desconocida, y no se ha demostrado relación genética. Sin embargo, se han publicado estudios que evidencian factores asociados, entre ellos, el padecer enfermedades crónicas, siendo las más prevalentes, cáncer (0-86%), enfermedad de Parkinson (7-89%), patologías cardíacas (11-48%), diabetes (0-81%), además se han registrado otras en menor medida, como, enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), epilepsia, hepatitis, virus de inmunodeficiencia humana, síndrome de inmunodeficiencia humana, esclerosis/desórdenes neuromusculares y psoriasis, en tal sentido, estos pacientes experimentan temores y preocupaciones sobre la reaparición o progresión de la enfermedad o de sus síntomas, lo cual suele ser normativo en respuesta a vivir con un padecimiento crónico, que pueden llegar a ser desmedidos, afectando el funcionamiento diario y calidad de vida. (5-7) Otro factor resaltante identificado resulta ser el mayor número de admisiones u hospitalizaciones en alguna institución de salud, que podría explicarse en base a que los pensamientos y temores sobre su salud pueden acrecentar al acudir al hospital y recibir tratamiento hospitalario, someterse a una intervención y por ende, frecuentar más con el entorno hospitalario y el personal sanitario. (6,8) También se han reportado otros posibles factores asociados, tales como signos de trastorno mental y conductual, y tabaquismo como posibles factores asociados en usuarios que solicitan consulta de atención primaria. (6,9,10) Sin haber llegado a una conclusión definitiva, debido a las discrepancias entre dichos estudios y a la falta de estudios epidemiológicos respecto a esta entidad nosológica. (11) En cuanto a características sociodemográficas, estudios reportaron evidencia de asociación positiva con respecto a la edad y sexo, así como el estado civil, nivel educativo e ingreso familiar. (1,6,9,11-13)

Trastornos como este, conllevan a una elevada carga de morbilidad a largo plazo, deterioro funcional y angustia personal, asimismo, están asociados con una mayor utilización de la atención sanitaria primaria y secundaria, pruebas de patología y servicios hospitalarios, así como una considerable proporción de costos de atención médica a nivel individual, comunitario y administrativo, ya que supone un inesperado incremento en la demanda de atención médica en las instituciones, lo que conlleva a gastos de salud innecesarios tras la realización de estudios complementarios para descartar causas orgánicas ante un trastorno psicológico, asimismo, provoca un desajuste en la distribución de tiempo asignado para cada paciente y una atención deficiente de los casos reales. (6,11,14,15)

Hasta el momento, en lo que concierne al primer nivel de atención en salud (PNAS), se reconocen como factores clínicos asociados, al aumento del uso de la atención sanitaria, es decir las consultas médicas y hospitalizaciones (OR = 1,15), así como al padecimiento de alguna enfermedad crónica (OR = 4.67); por otro lado, en cuanto a factores sociodemográficos asociados al trastorno, se han reconocido a determinados grupos etarios, entre ellos 25 – 34 (OR = 1.28), 35 – 44 (OR = 1.51), 45 – 54 (OR 1.48); sexo femenino (OR 1.14); estado civil viudo (a), separado (a), divorciado (a) (OR = 1.13); bajo nivel educativo (OR = 1.42); y el nivel socioeconómico bajo (OR = 1.12). (11,16)

En los últimos 5 años, en nuestra localidad, Robles-Mariños et al., hallaron asociación entre AS y el año de estudios de estudiantes de la facultad de medicina humana en Lima, así como el consumo de tabaco. Sin embargo, aún no se han realizado investigaciones en pacientes ambulatorios de medicina general en el PNAS, considerado una población que alberga con mayor frecuencia a pacientes con ansiedad por la enfermedad. (4,17) Por ello, es necesario recolectar información sobre aquellos grupos para así elaborar un perfil de aquellos pacientes que son más propensos a padecer AS en el centro de salud Pedro Pablo Atusparias perteneciente a la microrred de José Leonardo Ortiz (JLO), el cual es uno de los establecimientos del PNAS más importantes de la región, cuya población asignada en el año 2022 fue de 53752 ciudadanos, donde se atienden diariamente alrededor de 100 a 120 pacientes, y para el año 2017 tuvo una demanda efectiva de atenciones de 2227 por medicina general. (18,19) Este distrito urbano presenta un perfil demográfico y socioeconómico que puede diferir significativamente de otros, debido a que este tipo de población enfrenta problemas relacionados a estrés y ansiedad debido a factores como el hacinamiento, acceso limitado a servicios de salud mental y preocupaciones económicas, tal es así que, factores culturales y socioeconómicos y repercuten en la prevalencia y percepción de trastornos ansiosos y salud mental, como la AS. (20,21)

Es de importancia resaltar que, el artículo 17 de la ley N.º 30947: “Ley de salud mental”, indica lo fundamental que resulta la identificación y monitoreo de factores de riesgo, para frenar la presencia de problemas psicosociales que conlleven a la afectación de la salud mental, así como la identificación de grupos de riesgo, para alcanzar una detección temprana de problemas de salud mental. De igual forma, se destaca la implementación del modelo de atención comunitaria en salud mental en los establecimientos de salud del PNAS, no especializados con servicios de atención de salud mental. Por ello, es esencial investigar y generar entendimiento en temas de salud mental, para lo cual se establece que las universidades públicas y privadas son unas de las responsables en realizar dicha tarea. (22)

Debido a lo descrito anteriormente, el presente trabajo pretende que se logren delimitar grupos de riesgo que puedan ser captados por el centro y así armar un plan de trabajo que incluya educación y apoyo psicosocial, y de esta forma reforzar la prevención temprana para dichos pacientes, y de esta manera, evitar el uso excesivo de servicios de salud a largo plazo, optimizar el bienestar de estas personas y disminuir costos de atención médica. Además, el presente estudio servirá como base para futuras investigaciones referentes a AS en el ámbito médico.

El objetivo general de la investigación es determinar los factores sociodemográficos y clínicos asociados a la presencia de ansiedad por salud en pacientes atendidos en el Centro de Salud Pedro Pablo Atusparias de José Leonardo Ortiz, durante el período enero–marzo 2024. Siendo los objetivos específicos:

1. Describir características sociodemográficas y clínicas de pacientes atendidos en el centro de salud Pedro Pablo Atusparias de José Leonardo Ortiz, durante el período enero-marzo 2024.

2. Determinar presencia de ansiedad por salud en pacientes atendidos en el centro de salud Pedro Pablo Atusparias de José Leonardo Ortiz, durante el período enero-marzo 2024.

3. Analizar la asociación entre las características sociodemográficas y ansiedad por salud en pacientes atendidos en el centro de salud Pedro Pablo Atusparias de José Leonardo Ortiz, durante el período enero-marzo 2024.

4. Analizar la asociación entre las características clínicas y ansiedad por salud en pacientes atendidos en el centro de salud Pedro Pablo Atusparias de José Leonardo Ortiz, durante el período enero-marzo 2024.

Revisión de literatura

Aydogan S. y cols, 2023, estudio transversal, Turquía, evaluó los niveles de AS de 1200 adultos mayores de dieciocho años que ingresaron en instituciones de APS en Eskisehir mediante el Inventario corto de ansiedad por salud, y factores de riesgo probables asociados, el cual concluyó que se descubrió que la ansiedad por la salud era un problema importante y determinó al género femenino, bajo nivel económico, la presencia de enfermedades crónicas, el empeoramiento del estado general de salud, los síntomas de trastornos mentales y del comportamiento, el alto número de admisiones a las instituciones de salud y el historial de hospitalización, como factores que afectan el nivel de ansiedad por la enfermedad. (6)

Alcalá J., 2011, estudio descriptivo, Argentina, determinó la existencia de AS en pacientes que acudieron consulta de atención primaria a diferentes centros de salud, determinó relación entre la AS y la edad, situación laboral, patología psíquica, enfermedad crónica, bajo nivel sociocultural y acontecimientos vitales desfavorables como la pérdida de empleo. (23)

Los pocos estudios realizados sugieren la presencia de factores asociados a la ansiedad por la enfermedad, desafortunadamente no llegan a una conclusión definitiva y sugieren llevar a cabo más estudios.

Ansiedad por salud (AS): Inicialmente denominada trastorno hipocondríaco o hipocondriasis, sin embargo, según el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, desaparece dicho término, y ahora se lo define como el trastorno en el que personas con salud física desarrollan un temor inconsistente, de padecer alguna enfermedad grave y progresiva que con frecuencia amenazan la vida, pero con ninguno o pocos síntomas físicos, también se ha descrito puede referirse a personas que padecen una condición médica pero cuya ansiedad es desmesurada para la gravedad de la enfermedad diagnosticada. (1,24,25) La Clasificación internacional de enfermedades (CIE) aun la denomina con el término “hipocondriasis”, en su décima edición (CIE-10), incluía la hipocondriasis dentro de los trastornos somatomorfos. Actualmente, en la undécima edición (CIE-11), es recategorizado dentro de los “trastornos obsesivo-compulsivos y otros trastornos relacionados”, registrado con el código 6B23, caracterizado por la preocupación o temor continuos por la posibilidad de padecer una o más enfermedades graves, progresivas o potencialmente mortales, acompañado de: (26,27)

-) Conductas reiteradas y desmesuradas relacionadas con la salud, como revisar constantemente el cuerpo en busca de evidencia de enfermedad, dedicar tiempo excesivo a buscar información sobre la enfermedad temida.

) Comportamiento de evitación desadaptativo relacionado con la salud.

La sintomatología resulta en una angustia o un deterioro significativos en las áreas de funcionamiento personal, familiar, social, educativo, ocupacional u otras. (27)

Existen diferentes instrumentos para evaluar ansiedad por la salud, como el Cuestionario de conducta de enfermedad (IBQ), una extensión del índice de Whiteley (WI) de hipocondría, la Escala de Actitudes ante la Enfermedad (IAS), el Inventario de ansiedad por salud (HAI), así como su versión reducida, el Inventario corto de ansiedad por salud (SHAI), que será empleado en el presente trabajo, puesto que presenta una menor extensión en comparación con otros instrumentos, lo que facilita su aplicación en el contexto del PNAS, donde el tiempo disponible para la evaluación es limitado. (28)

Inventario corto de ansiedad por salud (SHAI): Instrumento de detección empleado para evaluar AS, indistintamente del estado de salud física de la persona. (29) Dividido en dos secciones, consta de dieciocho ítems con cuatro opciones en las que las personas seleccionan la que mejor refleja sus sentimientos durante los últimos seis meses. Las opciones de respuesta son 0 (sin síntomas), 1 (síntomas leves), 2 (síntomas graves) o 3 (síntomas muy graves). Los primeros catorce ítems miden el miedo a la enfermedad y los otros cuatro ítems, el miedo a las consecuencias negativas de la enfermedad. (28)

Factores asociados a la ansiedad por salud: Se han descrito como posibles factores asociados, a la presencia de enfermedad crónica, el mal estado general de salud, signos de trastorno mental y conductual, no contar con seguro de salud, un número alto de hospitalizaciones y/o admisiones a una institución de salud, el nivel socioeconómico (NSE), estado civil, nivel educativo, sexo y edad. (6)

Primer nivel de atención en salud (PNAS): Nivel de atención en salud de primer contacto con la población, distinguido por contar con establecimientos de baja complejidad; capaz de resolver las atenciones básicas más frecuentes, generalmente empleando actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y procedimientos de recuperación y rehabilitación. (30)

Pertenece al sector público del sistema de salud del Perú, dirigido al régimen contributivo indirecto o subsidiado, cuya prestación de servicios se realiza por medio de la red de establecimientos del Ministerio de Salud (MINSA), a cambio de una cuota de recuperación de montos variables sujetos a la discrecionalidad de las organizaciones y por medio del Seguro

Integral de Salud (SIS), que subsidia la provisión de servicios a la población de escasos recursos económicos. (31)

La Microred de José Leonardo Ortiz pertenece a la Red Chiclayo, y está conformada por cuatro centros de salud (C.S.) y dos puestos de salud (P.S.): C. S. José Leonardo Ortiz, C. S. Pedro Pablo Atusparias, C. S. Paul Harris, C. S. Villa Hermosa, P.S. Santa Ana y P.S. Culpon. (32)

El Centro de Salud Pedro Pablo Atusparias, es de categoría I-3 (centro de salud con internamiento), en el año 2022 se le asignó una población de 53752 habitantes. A dicho centro acuden residentes de: asentamiento humano (A.H.) “Las Mercedes”, pueblo joven (P.J.) “Micaela Bastidas”, P.J. “Francisco Cabrera”, urbanización popular de interés social (UPIS) “Pedro Pablo Atusparia”, P.J. “José Santos Chocano”, P.J. “María Parado de Bellido”, A.H. “Medio Mundo”, urbanización (Urb.) Latina y A.H. Villa Hermosa. (18)

Materiales y métodos

Estudio cuantitativo, observacional, analítico, de tipo transversal. Debido a la naturaleza transversal del diseño, los resultados posibilitan establecer relaciones de asociación, mas no inferir causalidad entre las variables estudiadas. La población estudiada fueron pacientes ambulatorios que acuden a consultorio de medicina general atendidos en el Centro De Salud Pedro Pablo Atusparias, que pertenece a la jurisdicción de la DISA Lambayeque, microrred José Leonardo Ortiz, nivel de complejidad I categoría 3. Los datos se recolectaron entre el período enero a marzo del año 2024, la cual, según registros institucionales ascendió a 664 pacientes. Se realizó un muestreo por conveniencia, debido a limitaciones operativas relacionadas con el acceso a registro nominal de pacientes. El tamaño muestral calculado fue de 350 usando fórmula de población finita (Ver Anexo 1) considerando la naturaleza transversal de la investigación, con un nivel de confianza de 95% y un margen de error de 5%. Se empleó una proporción esperada del 50% al no contar con estimaciones locales previas, lo cual maximiza el tamaño muestral requerido y garantiza una apropiada precisión, fundamentado en las recomendaciones de Lawanga y Lemeshow para estudios observacionales. (33) Los criterios de inclusión del estudio fueron ser pacientes mayores de 18 años que acudieron a consulta de medicina general a dicho centro, durante el turno de la tarde (13:30 – 19:30 p.m.) de forma diaria (lunes a sábado) debido a razones logísticas referentes a la disponibilidad horaria de la investigadora principal, y se excluyeron a pacientes que desistieron de participar en el estudio al firmar la revocatorio/desistimiento del consentimiento informado, así como a aquellos que presentaban alteraciones cognitivas, analfabetismo, o barreras idiomáticas que interfieran con

la comprensión y respuesta de los instrumentos; el investigador principal acudió al centro a las 13:30 p.m. de cada día, y empleó un promedio de 3 horas por cada visita para la ejecución de las encuestas.

Los pacientes que acudieron en el horario escogido fueron informados sobre el tema y el propósito del estudio, seguido de ello, se les solicitó su participación, y aquellos que estuvieron de acuerdo con participar, dejaron constancia de ello al llenar un consentimiento informado. (Ver Anexo 2)

Se aplicó una ficha de recolección de datos sobre características clínicas y sociodemográficas. (1,6,9,11,12) (Ver Anexo 3) Además, se aplicó el cuestionario “Inventario Corto de Ansiedad por la Salud (SHAI)” (Ver Anexo 4), que llenó mientras se encontraban en el área de espera para la consulta.

El proyecto fue enviado al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Santo Toribio de Mogrovejo (USAT). De igual manera, se solicitó permiso a la Gerencia Regional de Salud de Lambayeque, y de forma subsecuente, a la dirección del Centro de Salud Atusparias, fue revisado y posteriormente aceptado con el fin de ejecutar el proyecto durante el tiempo del estudio, se guardó y mantuvo la confidencialidad de todos los datos obtenidos de los cuestionarios y fichas de recolección de datos, que se realizaron con el fin de salvaguardar su integridad y seguridad. La base de datos obtenida fue de uso exclusivo del investigador principal del estudio, esta información fue almacenada en la laptop propia del investigador y está resguardada bajo contraseña y posteriormente a su uso se procederá a eliminarla dos años posteriores a la publicación del proyecto.

Instrumentos

“Inventario Corto de Ansiedad por la Salud (SHAI)”

Instrumento de detección para evaluar la AS, independientemente del estado de salud física de la persona, en el cual el participante selecciona la opción que mejor refleja sus sentimientos durante los últimos seis meses. Consta de 18 preguntas en escala Likert de 4 puntos (0 = sin sintomatología, 1 = sintomatología leve, 2 = sintomatología grave o 3 = sintomatología muy grave). Se divide en dos dimensiones: la primera incluye catorce ítems y evalúa el miedo a la enfermedad, mientras que el segundo factor (cuatro ítems) evalúa el miedo a las consecuencias negativas de la enfermedad. La puntuación que se puede alcanzar varía entre 0 y 54 si se toma en escala de 0 a 3, el nivel de AS aumenta a medida que aumenta la puntuación. (6,29) Ha sido ampliamente utilizado en varios países que han demostrado su confiabilidad y validez, ha demostrado una alta validez y confiabilidad. No se realizó un análisis de

confiabilidad interna del SHAI en la muestra estudiada, por lo que se empleó como referencia la consistencia interna reportada en estudios previos de validación en población española con un coeficiente alfa de Cronbach 0,918; además, se ha evidenciado que tomando una escala de 1 a 4 un punto de corte de 40,5 (puntuación total) puede distinguir con precisión a los individuos no clínicos de los pacientes con ansiedad grave por la salud. (28,29) En el presente estudio se manejó la escala de 0 a 3, donde se utilizó un punto de corte mayor o igual a 27 puntos, ya que de acuerdo con la revisión sistemática y metaanálisis de Alberts et al., tal punto de corte es óptimo para la identificación de casos con AS clínicamente significativa, con equilibrio adecuado entre sensibilidad y especificidad diagnóstica. Dicho punto de corte permitió dicotomizar el desenlace en presencia o ausencia de AS para el respectivo análisis estadístico. (34)

El instrumento se validó en el idioma español en el año 2019 en España, para lo cual se realizó un análisis factorial exploratorio (AFE) en participantes de la comunidad (n= 219), en el que se comprobó la idoneidad de los datos para el análisis factorial: La medida de adecuación del muestreo de Kaiser-Meyer-Olkin fue 0.89 y la prueba de esfericidad de Bartlett fue significativa ($X^2 [153]=1673.35, p<.001$), lo que indica que el análisis factorial fue apropiado. Para el análisis factorial confirmatorio (AFC) se utilizaron 6 modelos, para evaluar el ajuste de estructura factorial se utilizó, el Índice de Ajuste Comparativo (CFI) y el Índice de Bondad de Ajuste (GFI) resultaron 0.90 indicando un buen ajuste de los modelos a los datos, el Error Cuadrático Medio de Aproximación (RMSEA) obtuvo un resultado 0.06 considerado óptimo, y los valores chi-cuadrado y el criterio de información de Akaike (AIC) fueron menores. A un intervalo de confianza del 90%, los resultados se consideraron óptimos. (29)

Ficha de recolección de características sociodemográficas y clínicas

Se empleó una ficha que incluyó las características sociodemográficas cuya asociación a con la AS ha sido previamente estudiada, tales como: edad, sexo, nivel educativo, estado civil y nivel socioeconómico. De igual manera se tomaron datos de características clínicas previamente relacionadas a la AS: presencia de enfermedad crónica, contar con seguro de salud, número de atenciones a una institución de salud en el último año y el historial de hospitalización durante el último año.

Para ello, el instrumento fue sometido a juicio de expertos, se reunieron entre 2 a 3 expertos en la especialidad de psiquiatría a quienes se les brindó independientemente instrumento a realizar. Se tomaron en cuenta las observaciones, modificaciones o sugerencias que se brindaron y posterior al levantamiento de estas, se realizó una nueva revisión del

instrumento, que fue finalmente aprobado por parte de todos los especialistas implicados. No se realizó un análisis cuantitativo de validez de contenido (como el coeficiente V de Aiken), por lo que la validación fue de tipo cualitativa.

Análisis de datos

Para el procesamiento de datos, se empleó el programa de Microsoft Office Excel, se elaboró un libro de codificación para la recolección de las variables cualitativas y una tabla matriz de los datos recogidos, además de un análisis descriptivo univariado de la variable dependiente del estudio.

En el programa IBM SPSS Statistics 27.0, se realizó un análisis de datos univariado de las características clínicas y sociodemográficas, que se presenta con valores de frecuencia y porcentaje; además, para la identificación de factores asociados, se realizó inicialmente un análisis bivariado entre cada variable independiente y la variable dependiente. Aunque no se utilizó un criterio de selección automático, se decidió ingresar al modelo multivariado todas las variables consideradas epidemiológicamente relevantes, independientemente del p - valor obtenido en el análisis bivariado, con el propósito de controlar posibles factores de confusión y evitar la exclusión de variables con relevancia clínica o teórica que podrían no mostrar asociación significativa en el análisis univariado.

En base a ello, se incluyeron en la regresión logística binomial para determinar la asociación entre los factores estudiados y la ansiedad por la salud, las variables: edad, sexo, nivel educativo, estado civil, nivel socioeconómico, presencia de enfermedad crónica, tipo de seguro de salud, número de atenciones a una institución de salud en los últimos 12 meses y antecedentes de hospitalización en el último año. Todas las variables fueron incluidas simultáneamente utilizando el método “enter” de SPSS.

Se consideró un p valor < 0.05 como criterio de significancia estadística para la interpretación del modelo final, y se estimaron los OR con sus intervalos de confianza al 95% para decretar la magnitud y dirección de la asociación.

Consideraciones éticas

En la siguiente investigación se garantizaron los aspectos éticos que están contemplados según el informe de Belmont dado en 1979: (35)

Se respetó el principio de no maleficencia, debido a que el proyecto presenta algún grado de riesgo de susceptibilidad para los pacientes, por lo que se les informó sobre el tema y propósito de la investigación para evitar o disminuir ello, asimismo, se recalcó que solo se usará

la información recolectada de los cuestionarios y fichas de recolección de datos; y posterior a la participación, se les sugirió solicitar atención médica y/o psicológica del centro a quienes obtuvieron un resultado positivo con respecto al instrumento de evaluación de AS.

Asimismo, el beneficio que obtendrán será la obtención de los datos resultantes del estudio por parte del centro de salud, y de obtenerse resultados significativos, se logre conocer el perfil de dichos pacientes, y así se puedan tomar medidas en torno al control del trastorno; además este estudio no representó ningún riesgo para la salud del paciente, asegurándose su bienestar, siguiendo el principio de beneficencia. (36)

Alineándose al principio de autonomía, se les brindó a los pacientes una ficha informativa sobre la investigación, posteriormente se les solicitó el llenado de un consentimiento informado teniendo la opción de participar o declinar de la investigación según su voluntad. (36,37)

Se garantizó la confidencialidad, únicamente la investigadora accedió a la base de datos obtenida, esta información se almacenó en una computadora personal resguardada bajo una contraseña y esta será eliminada luego de ser utilizada. Los pacientes llenaron consentimiento informado previa información sobre el tema y objetivo del estudio.

Otro principio garantizado fue el de justicia, pues se llevó a cabo una selección equitativa y sin discriminación de los participantes para la investigación, que cumplieron con los criterios de inclusión. (36)

Resultados y discusión

De 350 participantes del estudio, 54 obtuvieron resultados positivos en la evaluación SHAI, representando un 15.5% de la muestra estudiada, dicha cifra es similar a encontrada por otros estudios; tales como la revisión de la literatura realizada por Ahmad, donde indicó reportes de una prevalencia de aproximadamente 15% en poblaciones clínico-médicas. (38) Tyrer et al., realizaron una comparación de prevalencia de ansiedad por la salud en 4 clínicas del Reino Unido en dos períodos de tiempo por 4 años consecutivos donde tomó como instrumento al HAI, en el cual concluyeron en una prevalencia de 14.9% y 19.9% en cada período. (39) Pese al muestreo distinto al empleado en las investigaciones mencionadas, los resultados obtenidos podrían reflejar una aproximación a nuestra realidad, avalando el concepto de ser un trastorno altamente frecuente en las consultas de medicina general, lo cual puede explicarse mediante el concepto de que el PNAS es el primer contacto que tienen los pacientes con el sistema sanitario, en el cual aquellos con preocupación desmedida por su estado de salud, podrían consultar de forma reiterada, puesto que desde los modelos cognitivo – conductuales de AS,

dicha conducta podría ser interpretada como una búsqueda de seguridad médica, aunque persista en ciclo de preocupación desproporcionada y vigilancia corporal. (3,11,15)

Tabla 01. Características clínicas y sociodemográficas de los pacientes del centro de salud Pedro Pablo Atusparias durante el periodo enero – marzo, 2024.

Variable independiente	Subcategorías	N	%
Edad (años)	65 a más	26	7,4
	45 a 64	53	15,1
	25 a 44	170	48,6
	18 a 24	101	28,9
Sexo	Femenino	259	74
	Masculino	91	26
Nivel educativo	Primaria incompleta	21	6
	Primaria completa	19	5,4
	Secundaria incompleta	50	14,3
	Secundaria completa	98	28
	Superior técnica incompleta	35	10
	Superior técnica completa	57	16,3
	Superior universitaria incompleta	35	10
	Superior universitaria completa	35	10
Estado civil	Casado(a)	89	25,4
	Soltero(a)	239	68,3
	Divorciado(a)	6	1,7
	Viudo(a)	16	4,6
NSE	A	1	0,3
	B	0	0,0
	C	0	0,0
	D	85	24,3
	E	264	75,4
Enfermedad crónica	Sí	84	24
	No	266	76
Seguro de salud	SIS	328	93,7
	EsSalud	16	4,6

	Otros	6	1,7
Número de atenciones	4 a más	94	26,9
	2 a 3	72	20,6
	0 a 1	184	52,6
Hospitalización	Sí	48	13,7
	No	302	86,3

NSE: Nivel socioeconómico

Autor: Elaboración propia

Fuente: Fichas de recolección de características sociodemográficas y clínicas de pacientes atendidos en el centro de salud Pedro Pablo Atusparias durante el periodo enero – marzo, 2024.

Se realizó un análisis descriptivo univariado de las características clínicas y sociodemográficas (tabla 1), donde se evidenció que la población estudiada formaba parte del grupo etario de entre 25 a 44 años predominantemente (48.6%). El hecho de que en la distribución por sexo predominara el femenino (74%) en la muestra, sugiere una representación no equitativa de hombres y mujeres. Asimismo, se demostró que tan solo una pequeña parte de la muestra cuenta con estudios superiores universitarios o técnicos completos (26.3%) y el nivel educativo más frecuente de la muestra fue la escuela secundaria completa (28%). La mayoría de los participantes del fueron personas solteras (68.3%). De igual forma, en mayor medida la muestra estudiada pertenecía a un nivel socio económico E (75.4%). Casi una cuarta parte de participantes presentaron un diagnóstico de enfermedad crónica (24%). En su mayoría los participantes formaban parte de la cobertura del SIS (93.7%). Gran parte de la muestra presentaba al menos 2 atenciones a cualquier institución de salud en los últimos doce meses (47.5%), sin embargo, el historial de hospitalización en el último año en estos pacientes se presentaba en menor medida (13.7%).

Tabla 02. Relación entre las características clínicas y sociodemográficas con ansiedad por la salud en los pacientes del centro de salud Pedro Pablo Atusparias durante el periodo enero – marzo, 2024.

Variable independiente	p-valor	OR	OR crudo	IC 95%	
				Límite inferior	Límite superior

Presencia de enfermedad crónica					
No†	-	-	-	-	-
Sí	<0,001**	4,77	5,60	2,218	10,287
Número de atenciones					
0 a 1†	0,100	-	-	-	-
2 a 3	0,034*	2,62	3,75	1,077	6,407
4 a más	0,184	1,79	3,93	0,758	4,239
Historia de hospitalización					
No†	-	-	-	-	-
Sí	0,018*	2,84	2,06	1,196	6,788
Edad (años)					
18 a 24 †	0,082	-	-	-	-
25 a 44	0,141	0,51	0,71	0,208	1,250
45 a 64	0,114	0,35	0,55	0,096	1,286
65 a más	0,608	1,49	1,18	0,324	6,844
Nivel educativo ns					
Superior universitaria completa†	0,123	-	-	-	-
Superior universitaria incompleta	0,457	0,50	-	0,085	3,035
Superior técnica completa	0,869	0,88	-	0,202	3,868
Superior técnica incompleta	0,611	0,63	-	0,106	3,732
Secundaria completa	0,948	1,04	-	0,260	4,215
Secundaria incompleta	0,267	2,31	-	0,526	10,187
Primaria completa	0,311	2,40	-	0,441	13,052
Primaria incompleta	0,055	5,24	-	0,968	28,435
Sexo					
Masculino†	0,199	-	-	-	-

Femenino		1,18	1,30	0,729	4,567
Estado civil		ns			
Casado(a) †	0,856	-	-	-	-
Soltero(a)	0,828	1,10		0,453	2,692
Divorciado(a)	0,520	2,25		0,190	26,775
Viudo(a)	0,587	0,62		0,115	3,392
Nivel socioeconómico		ns			
A†	0,533	-	-	-	-
B	-	-	-	-	-
C	-	-	-	-	-
D	1,000	0,00		0,000	-
E	1,000	0,00		0,000	-
Seguro de salud					
SIS†	1,000	-	-	-	-
EsSalud	0,994	1,00		0,217	4,661
Otros	0,999	0,00			

*p-valor <0.05 (significativo), **p-valor <0.01 (muy significativo).

Ns: no significativo.

†: Variables de referencia para el cálculo del OR.

Autor: Elaboración propia

Fuente: Fichas de recolección de características sociodemográficas y clínicas e inventario corto de ansiedad por salud aplicado a pacientes del centro de salud Pedro Pablo Atusparias durante el periodo enero – marzo, 2024.

Nota: Los OR del nivel socioeconómico no fueron estimables de forma adecuada por baja frecuencia en categorías A, B y C.

En el análisis multivariado (tabla 2), se realizó regresión logística binomial, se encontró que una de las variables que presentaron asociación estadísticamente significativa fue la presencia de enfermedad crónica (p-valor: <0.001) con un OR=4.777 (IC95%: 2.218 – 10.287), siendo el factor con mayor fuerza de asociación en el análisis crudo (ORc = 5.60) y ajustado (ORa = 4.77) , al igual que en un estudio transversal de Aydogan et al., el cual, de igual forma tuvo a pacientes del primer nivel de atención como población de estudio, en la ciudad de Eskisehir, tomando como instrumento al SHAI para determinar la AS. (6) Otros estudios en poblaciones con distintas características, evaluaron la misma variable en relación con la AS, concluyeron

en que existe relación; se realizó una investigación en Turquía que tomó como población a pacientes hospitalizados en clínicas médico-quirúrgicas de un hospital, el cual determinó que el padecimiento de una enfermedad crónica aumentaba el puntaje total medio de la escala de ansiedad por la salud (HAS). (40) También estudios en poblaciones de pacientes con enfermedades crónicas estudiaron la relación con la ansiedad por la enfermedad, tal como Gisoni et al., el cual concluyó que alrededor de la tercera parte de los pacientes con psoriasis crónica tenían puntuaciones altas en la escala de evaluación de hipocondría, (7) otro trabajo realizó una comparación entre pacientes con síndrome de fibromialgia e individuos sanos empleando el formulario breve del Inventario de ansiedad por la salud (HAI-SF), resultando en significativamente más altas las puntuaciones de los primeros mencionados.(41) Dicha asociación puede comprenderse desde una perspectiva biopsicosocial, dado que las enfermedades crónicas implican una exposición continua y frecuente a controles médicos, así como a sintomatología física favoreciendo la concentración atencional sobre el cuerpo y la interpretación negativa de cambios somáticos, en la revisión sistemática de 401 artículos realizada por Lebel S et al., relacionados a la ansiedad por la salud en enfermedades crónicas publicados desde enero de 1996 hasta octubre de 2017, se concluyó que existía una alta prevalencia de niveles clínicos de miedos en aquellos pacientes, ello dado que existe evidencia sólida en todas las enfermedades de que la presencia de síntomas físicos está asociada con la AS, especialmente aquellos síntomas que afectan la vida diaria, lo cual podría explicarse de fisiopatológicamente debido a que dicha sintomatología induce una hiperactivación del sistema nervioso simpático y del eje hipotálamo – hipófisis – adrenal, generando una liberación frecuente de cortisol y catecolaminas, provocando un estado de hipervigilancia. (5,7,41,42)

También se encontró asociación en aquellos que tuvieron 2 a 3 atenciones en el último año (p-valor: 0.034) con un OR=2.626 (IC95%: 1.077 – 6.407) y la historia de hospitalización en los últimos 12 meses (p-valor: 0.018) con un OR=2.849 (IC95%: 1.196 – 6.788), sobre la cual se observó también una asociación significativa tras el ajuste (ORa = 2.85), tal como en la investigación realizada por Alcalá J. en una población de pacientes de atención primaria demostró una asociación significativa entre mayor frecuencia de consultas médicas y una actitud hipocondríaca ante la enfermedad. (23) En el trabajo de Sunderland et al, evaluaron la ansiedad por la salud se asoció con significativamente mayor utilización de los servicios de salud que los encuestados sin ansiedad por la salud, dado que este estado de hiperactivación fisiológica sostenida aumenta la percepción de amenaza, propiciando conductas repetitivas de búsqueda de seguridad médica como mecanismo de alivio transitorio. (11,16) Un estudio transversal epidemiológico comunitario en Hong Kong, igualmente demostró que la AS

aumentaba significativamente con el uso de los servicios de salud. (43) Resultados similares obtuvieron Aydogan et al., con respecto a la relación de las variables estudiadas, posiblemente debido a que los pensamientos negativos y temores sobre la salud incrementan en pacientes que acuden al hospital y reciben tratamiento debido a diversas enfermedades, encontrándose más con el entorno hospitalario y el personal sanitario que el resto de la población, contribuyendo al padecimiento de ansiedad por la enfermedad. (6)

Dentro de las limitaciones del estudio, el muestreo por conveniencia, al ser no probabilístico, podría condicionar un sesgo en cuanto a la selección de participantes y limitar la representatividad de la población estudiada. Asimismo, la recolección de datos se ejecutó exclusivamente durante el turno de la tarde, lo cual pudo favorecer la inclusión de pacientes con disponibilidad vespertina, y subrepresentar a otros grupos poblacionales, y en consecuencia podría afectar la validez externa de los hallazgos. Se utilizó la validación española del instrumento SHAI, puesto que no se ha validado en la población peruana, y si bien emplean el mismo idioma ambos países, las características socioculturales de la población difieren significativamente, lo cual pudo influir en la interpretación de ítems del instrumento. Además, no se evaluó la confiabilidad interna del instrumento en la muestra de estudio, lo que obliga a extrapolar indicadores psicométricos de poblaciones externas. Por otro lado, debido a que el estudio realizado fue transversal, existe una falta de relación causa-efecto, limitándose los resultados a asociaciones estadísticas.

Conclusiones

Se determinó que la presencia de características clínicas, como la presencia de enfermedad crónica, el mayor número de atenciones en instituciones de salud durante el último año y el antecedente de hospitalización son factores asociados a la presencia de AS en pacientes atendidos en el Centro de Salud Pedro Pablo Atusparias de José Leonardo Ortiz, durante el período enero–marzo 2024.

Se describió que los pacientes atendidos en el Centro de Salud Pedro Pablo Atusparias de José Leonardo Ortiz durante el período enero–marzo de 2024 fueron predominantemente adultos jóvenes (25–44 años), de sexo femenino, solteros, con nivel educativo secundario completo y pertenecientes mayoritariamente al nivel socioeconómico E; clínicamente, una cuarta parte presentó enfermedad crónica y cerca de la mitad registró dos o más atenciones en instituciones de salud en el último año.

Se determinó que la AS estuvo presente en el 15.47% de pacientes atendidos en el centro de salud Pedro Pablo Atusparias de José Leonardo Ortiz, durante el período enero-marzo 2024.

Se analizó que no existió asociación entre características sociodemográficas (edad, sexo, nivel educativo, estado civil y nivel socioeconómico) y AS en pacientes atendidos en el Centro de Salud Pedro Pablo Atusparias de José Leonardo Ortiz, durante el período enero–marzo de 2024.

Se analizó la asociación entre las características clínicas y AS en pacientes atendidos en el centro de salud Pedro Pablo Atusparias de José Leonardo Ortiz, durante el período enero-marzo 2024. Se concluyó que el principal factor asociado fue la presencia de enfermedad crónica; además, se identificó asociación con el mayor número de atenciones en instituciones de salud durante el último año y el antecedente de hospitalización previa.

Recomendaciones

Se recomienda realizar más investigación, ya sean de tipo casos y controles, o cohortes que permitan ampliar el conocimiento al respecto, incluir poblaciones más grandes y realizar un muestreo probabilístico, así como un seguimiento en el tiempo a las personas que integran grupos de riesgo en términos de ansiedad por la enfermedad, ya que no se cuenta con mucha información referente a la AS, tanto en Perú como en Latinoamérica.

Por otro lado, puede resultar beneficioso, en cuanto al centro, educar al público sobre la ansiedad por la salud dando prioridad a aquellos que presenten factores asociados.

Referencias

1. Morrison J. DSM-5 made easy: the clinician's guide to diagnosis. New York: The Guilford Press; 2014. 652 p.
2. Espiridion E, Fuchs A, Oladunjoye A. Illness anxiety disorder: a case report and brief review of the literature. *Cureus* [Internet]. 2021; 13(1): e12897. doi:10.7759/cureus.12897
3. García-Arroyo J. Aspectos subjetivos de la hipocondría. *Rev Neuro-Psiquiatr* [Internet]. 2021; 84(3):219-29. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-85972021000300219&lng=es&nrm=iso&tlng=es
4. Weck F, Richtberg S, Neng J. Epidemiology of hypochondriasis and health anxiety: comparison of different diagnostic criteria. *Curr Psychiatry Rev* [Internet]. 2014;10:14-23. doi:10.2174/1573400509666131119004444
5. Lebel S, Mutsaers B, Tomei C, Leclair C, Jones G, Petricone-Westwood D, et al. Health anxiety and illness-related fears across diverse chronic illnesses: A systematic review on conceptualization, measurement, prevalence, course, and correlates. *Plos one* [Internet]. 2020;15(7):e0234124. doi:10.1371/journal.pone.0234124

6. Aydogan S. Evaluation of health anxiety in adults admitting to primary health care institutions. *North Clin Istanb* [Internet]. 2021; 10(1): 87-94. doi:10.14744/nci2021.40111
7. Gisondi P, Geat D, Ferrazzi A, Bellinato F, Girolomoni G. Hypochondriasis and personality traits of patients with chronic plaque psoriasis. *Dermatology* [Internet]. 2021;238(2):276-82. doi:10.1159/000517018
8. Fergus T, Bardeen J, Gratz K, Fulton J, Tull M. The contribution of health anxiety to retrospectively-recalled emergency department visits within a sample of patients in residential substance abuse treatment. *Cogn Behav Ther* [Internet]. 2015;44(1):1-8. doi:10.1080/16506073.2014.946077
9. Gropalis M, Bleichhardt G, Witthöft M, Hiller W. Hypochondriasis, somatoform disorders, and anxiety disorders: sociodemographic variables, general psychopathology, and naturalistic treatment effects. *J Nerv Ment Dis* [Internet]. 2012; 200(5):406. doi:10.1097/NMD.0b013e31825322e5
10. Robles-Mariños R, Angeles A, Alvarado G. Factores asociados con la ansiedad por la salud en estudiantes de medicina de una universidad privada en Lima, Perú. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. 2022; 51(2):89-98. doi:10.1016/j.rcp.2020.11.002
11. Sunderland M, Newby J, Andrews G. Health anxiety in Australia: prevalence, comorbidity, disability and service use. *Br J Psychiatry J Ment Sci* [Internet]. 2013; 202(1):56-61. doi:10.1192/bjp.bp.111.103960
12. Khakkar M, Kazemi A. Relationship between mental health and climacteric adjustment in middle aged women: a confirmatory analysis. *BMC Womens Health* [Internet]. 2023;23(1):234. doi:10.1186/s12905-023-02397-x
13. Barnett M, Moore J, Archuleta W. A loneliness model of hypochondriasis among older adults: the mediating role of intolerance of uncertainty and anxious symptoms. *Arch Gerontol Geriatr* [Internet]. 2019;83(1):86-90. doi:10.1016/j.archger.2019.03.027
14. Konnopka A, König H. Economic burden of anxiety disorders: a systematic review and meta-analysis. *Pharmacoeconomics* [Internet]. 2020;38(1):25-37. doi:10.1007/s40273-019-00849-7
15. Fink P, Ørnbøl E, Christensen K. The outcome of health anxiety in primary care. A two-year follow-up study on health care costs and self-rated health. *Plos one* [Internet]. 2010;5(3):e9873. doi: 10.1371/journal.pone.0009873
16. Norbye A, Abelsen B, Førde O, Ringberg U. Health anxiety is an important driver of healthcare use. *BMC Health Serv Res* [Internet]. 2022;22(1):138. doi:10.1186/s12913-022-07529-x
17. Espinoza L, Ramirez C. Construcción y validación de un inventario para medir el trastorno hipocondríaco en adultos de Lima metropolitana [Internet] [Tesis pre grado]. [Lima]: Universidad César Vallejo; 2022. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/85198>
18. Barturen M, Liza L. Proyecto de inversión pública : mejoramiento del servicio de atención integral del adulto mayor del centro de salud Pedro Pablo Atusparias, José Leonardo Ortiz,

- Lambayeque [Internet] [Tesis pre grado]. [Chiclayo]: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2017. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12423/2233>
19. Gerencia regional de salud Lambayeque. GERESA Lambayeque inaugura módulo de TBC en Centro de Salud Atusparias, distrito de JLO [Internet]. 2014. Disponible en: <https://www.regionlambayeque.gob.pe/web/noticia/detalle/15807?pass=NA==>
 20. Batty G, Gale C. Pre-pandemic mental illness and risk of death from COVID-19. *Lancet Psychiatry* [Internet]. 2021;8(3):182-3. doi:10.1016/S2215-0366(21)00002-X.
 21. Serrano A. Desafíos geográficos y culturales en la salud mental adolescente en el Perú: un llamado a la acción integral. *Lancet Reg Health Am* [Internet]. 2024;31:100702. doi:10.1016/j.lana.2024.100702.
 22. Perú. Congreso de la República. Ley de salud mental [Internet]. N° 30947 2019. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/congreso-de-la-republica/normas-legales/1423694-30947>
 23. Alcalá J. La queja hipocondríaca en atención primaria [Internet] [Tesis doctoral]. [España] Universidad de Córdoba; 2011. Disponible en: <http://helvia.uco.es/xmlui/handle/10396/5563>
 24. Manore D; Department of Psychiatry, Government Medical College Rajnandgaon. Prevalence of illness anxiety disorder (IAD) and somatic symptom disorder (SSD) among medical and non medical students. *J Med Sci Clin Res* [Internet]. 2018;6(3): 317-321. Disponible en: <http://jmscr.igmpublication.org/v6-i3/53%20jmscr.pdf>
 25. Sadock B, Sadock V, Ruiz P, Sadock B. Kaplan & Sadock's concise textbook of clinical psychiatry. 4th ed. Philadelphia: Wolters Kluwer; 2017. 1008 p.
 26. Aubá E. DSM-5 y CIE-11: La deconstrucción de los trastornos somatomorfos. *Psicosom.psiquiatr* [Internet]. 2020;12(1):13-6. Disponible en: <https://raco.cat/index.php/PsicosomPsiquiatr/article/view/391293>
 27. World Health Organization. Clasificación internacional de enfermedades, undécima revisión (CIE-11) [Internet]. 2019. Disponible en: <https://icd.who.int/es>
 28. Morales A, Espada J, Carballo J, Piqueras J, Orgilés M. Short health anxiety inventory: factor structure and psychometric properties in spanish adolescents. *J Health Psychol* [Internet]. 2015;20(2):123-31. doi:10.1177/1359105313500095
 29. Arnáez S, García-Soriano G, López-Santiago J, Belloch A. The spanish validation of the Short Health Anxiety Inventory: psychometric properties and clinical utility. *Int J Clin Health Psychol* [Internet]. 2019;19(3):251-60. doi:10.1016/j.ijchp.2019.03.001
 30. Vignolo J, Vacarezza M, Álvarez C, Sosa A. Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch Med Interna* [Internet]. 2011;33(1):7-11. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1688-423X2011000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es

31. Alcalde-Rabanal J, Lazo-González O, Nigenda G. Sistema de salud de Perú. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2011;53(2):243-54. Disponible en: <https://saludpublica.mx/index.php/spm/article/view/5045/10025>
32. Carpio L. Proyecto de inversión pública: implementación del servicio de estimulación temprana para menores de cinco años, centro de salud Atusparias, Chiclayo [Internet]. [Tesis pre grado]. [Chiclayo]: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo; 2018. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12423/1258>
33. Lwanga S, Lemeshow S. *Sample size determination in health studies : a practical manual*. Geneva: World Health Organization; 1991 [Internet]. Disponible en: <https://iris.who.int/items/9c2e5da4-3785-4fec-9dbc-841e4ae0d98c>
34. Alberts N, Hadjistavropoulos H, Jones S, Sharpe D. The Short Health Anxiety Inventory: a systematic review and meta-analysis. *J Anxiety Disord* [Internet]. 2013;27(1):68-78. doi:10.1016/j.janxdis.2012.10.009.
35. National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research. *The Belmont report: ethical principles and guidelines for the protection of human subjects of research* [Internet]. Washington (DC); 1979. Disponible en: <https://bit.ly/3rAr003>
36. Arguedas-Arguedas O. Elementos básicos de bioética en investigación. *Acta Médica Costarric* [Internet]. 2010;52(2):76-8. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-60022010000200004
37. Prats J, Salazar-Jiménez R, Molina-Neira J. Implicaciones metodológicas del respeto al principio de autonomía en la investigación social. *Andamios* [Internet]. 2016;13(31):129-54. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-00632016000200129
38. Ahmad S. Hypochondriasis: A literature review. *Sci Psychiatr* [Internet]. 2021;3(1):159-65. Disponible en: <https://scientiapsychiatria.com/index.php/SciPsy/article/view/85>
39. Tyrer P, Cooper S, Tyrer H, Wang D, Bassett P. Increase in the prevalence of health anxiety in medical clinics: possible cyberchondria. *Int J Soc Psychiatry* [Internet]. 2019;65(7-8):566-9. doi:10.1177/0020764019866231
40. Yilmaz E, Ayvat I, Siran B. Relación entre la ansiedad por la salud y las motivaciones del seguimiento de los programas de salud por parte de pacientes hospitalizados. *Firat Tip Derg* [Internet]. 2018;23(1):11-7. doi:10.4274/npa.y6383
41. Uçar M, Sarp Ü, Karaaslan Ö, Gül AI, Tanik N, Arik HO. Health anxiety and depression in patients with fibromyalgia syndrome. *J Int Med Res* [Internet]. 2015;43(5):679-85. doi:10.1177/0300060515586769
42. McEwen B. Protective and damaging effects of stress mediators: central role of the brain. *Dialogues Clin Neurosci* [Internet]. 2006;8(4):367-81. doi:10.31887/DCNS.2006.8.4/bmcewen

43. Lee S, Lam I, Kwok K, Leung C. A community-based epidemiological study of health anxiety and generalized anxiety disorder. *J Anxiety Disord* [Internet]. 2014;28(2):187-94. doi:10.1016/j.janxdis.2013.10.002

Anexos

Anexo 1: Cálculo del tamaño muestral

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{E^2(N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde:

n = tamaño de muestra

N = población (664 pacientes)

Z = valor de confianza para 95% (1,96)

p = proporción esperada (0,5)

q = 1 - p (0,5)

E = margen de error (0,05)

Al reemplazar los valores se obtuvo un tamaño muestral de 350 pacientes.

Anexo 2: Consentimiento Informado

CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Datos informativos:

Institución: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo

Investigadores: Marja Fiorella Espinoza Cabrera

Título: Factores asociados a ansiedad por salud en pacientes de un centro de salud de José Leonardo Ortiz, enero-marzo 2024

Propósito del Estudio:

Se le invita a participar en un estudio llamado: “Factores asociados a ansiedad por salud en pacientes de un centro de salud de José Leonardo Ortiz, enero-marzo 2024”. Este estudio está desarrollado por investigadores de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.

Este estudio evaluará factores asociados a niveles de ansiedad por salud.

Procedimientos:

Luego de que usted otorgue su aprobación, se le entregará dos cuestionarios relacionados con el tema de investigación, el cual debe ser respondido en un tiempo estimado de 20 a 25 minutos. En seguida se procesará la información de manera anónima y se emitirá un informe general de los resultados.

Finalmente, los resultados serán probablemente publicados en una revista científica.

Riesgos:

No se prevé riesgos para la salud física del paciente.

Beneficios:

Usted no recibirá beneficio directo al participar en este estudio. La información recolectada será de utilidad informativa y para posteriores estudios del tema.

Costos e incentivos:

Usted no pagará nada por participar en el estudio. No recibirá recompensa económica ni de otro tipo, únicamente la satisfacción de colaborar en este estudio.

Confidencialidad:

La investigadora guardará su información con códigos y no con nombres, siendo la información íntegramente confidencial. Si los resultados de este estudio son publicados, no se mostrará ninguna información que permita su identificación. Su información no será mostrada a personas ajenas al estudio. La información recolectada será eliminada en un plazo de dos años concluida la investigación.

Uso de la información obtenida:

La información recabada será tratada de manera confidencial y no será utilizada para ningún fin. Después del procesamiento, la información será eliminada dos años posteriores a la publicación del proyecto.

Autorizo guardar la base de datos: **SI** **NO**

Derechos del participante:

Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse cuando desee sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Para cualquier consulta, queja o comentario por favor comunicarse con MARJA FIORELLA ESPINOZA CABRERA, al correo electrónico: 73018848@usat.pe

Si usted tiene dudas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado (a) injustamente, puede contactar al Comité de ética e investigación de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, teléfono (074) 606200 anexo 1138, correo electrónico: comiteetica.medicina@usat.edu.pe

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en esta investigación. Sé que nada me pasará si me uno al proyecto. También entiendo que puedo decidir no participar en el estudio o retirarme del estudio en cualquier momento.

FIRMA/HUELLA *Fecha*

Participante

Nombre:

DNI:

Investigador

Fecha

Nombre: Marja Fiorella Espinoza Cabrera

DNI: 73018848

Anexo 3: Ficha de recolección de datos

Datos sociodemográficos

1. Edad (años):
 - a. 18-24
 - b. 25-44
 - c. 45-66
 - d. 65
2. Sexo:
 - a. Masculino
 - b. Femenino
3. Nivel educativo:
 - a. Superior universitaria completa
 - b. Superior universitaria incompleta
 - c. Superior técnica completa
 - d. Superior técnica incompleta
 - e. Escuela secundaria completa
 - f. Escuela secundaria incompleta
 - g. Escuela primaria completa
 - h. Escuela primaria incompleta
4. Estado civil:
 - a. Casado (a)
 - b. Soltero (a)
 - c. Divorciado (a)
 - d. Viudo (a)
5. Nivel socioeconómico (ingreso mensual):
 - a. NSE A (Ingreso mensual de S/. 12 660)
 - b. NSE B (Ingreso mensual de S/. 7 020)
 - c. NSE C (Ingreso mensual de S/. 3 970)
 - d. NSE D (Ingreso mensual de S/. 2480)
 - e. NSE E (Ingreso mensual de S/. 1300)

Características clínicas

1. Presencia de enfermedad crónica (enfermedades del sistema circulatorio, reumatológicas, endocrinas, respiratorias, sistema digestivo y sistema nervioso):
 - a. No
 - b. Sí
2. Seguro de salud:
 - a. Seguro Integral de Salud
 - b. EsSalud
 - c. Otro: Entidades Prestadoras de Salud (EPS), Seguro del ejército (FOSPEME), Seguro de la fuerza aérea (FOSFAP), Seguro de la Marina (FOSMAR), Seguro de la Policía Nacional (SALUDPOL)
3. Número de atenciones a cualquier institución de salud en el último año:
 - a. 0 -1
 - b. 2-3
 - c. 4
4. Historial de hospitalización en el último año:
 - a. No
 - b. Sí

Anexo 4: Inventario Corto de Ansiedad por la Salud (SHAI)

Instrucción: En este cuestionario hay grupos de frases. Lea cuidadosamente cada una de ellas. Luego escoja una frase en cada grupo la cual describe mejor la forma como usted se ha sentido en los últimos seis meses. Marque con una “X” al lado de la frase que eligió. Solo marcar una alternativa.

1.
 - a. No me preocupo por mi salud.
 - b. Ocasionalmente me preocupo por mi salud.
 - c. Paso mucho tiempo preocupándome por mi salud.
 - d. Paso la mayor parte del tiempo preocupándome por mi salud.
2.
 - a. Noto menos malestar/dolores que la mayoría de las personas (de mi edad).
 - b. Noto tantos malestares/dolores como la mayoría de personas (de mi edad).
 - c. Noto más malestar/dolores que la mayoría de personas (de mi edad).
 - d. Soy consciente todo el tiempo de los malestares/dolores de mi cuerpo.
3.
 - a. Normalmente no soy consciente de las sensaciones o cambios corporales.
 - b. Algunas veces soy consciente de las sensaciones o cambios corporales.
 - c. Con frecuencia soy consciente de las sensaciones o cambios corporales.
 - d. Constantemente soy consciente de las sensaciones o cambios corporales.
4.
 - a. Nunca me resulta un problema resistir a los pensamientos de estar enfermo/a.
 - b. La mayor parte del tiempo puedo resistir a los pensamientos de estar enfermo/a.
 - c. Intento resistirme a los pensamientos de estar enfermo/a pero a menudo soy incapaz de hacerlo.
 - d. Los pensamientos de estar enfermo/a son tan fuertes que ya ni siquiera intento resistirme a ellos.
5.
 - a. Normalmente no tengo miedo de tener una enfermedad grave.
 - b. Algunas veces tengo miedo de tener una enfermedad grave.
 - c. Frecuentemente tengo miedo de tener una enfermedad grave.
 - d. Siempre tengo miedo de tener una enfermedad grave.

6.
 - a. No me imagino a mí mismo/a estando enfermo/a.
 - b. Ocasionalmente me imagino a mí mismo/a estando enfermo/a.
 - c. Frecuentemente me imagino a mí mismo/a estando enfermo/a.
 - d. Constantemente me imagino a mí mismo/a estando enfermo/a.
7.
 - a. No tengo ninguna dificultad para apartar de mi mente los pensamientos sobre mi salud
 - b. Algunas veces tengo dificultad para apartar de mi mente los pensamientos sobre mi salud.
 - c. Con frecuencia tengo dificultad para apartar de mi mente los pensamientos sobre mi salud.
 - d. Nada puede apartar de mi mente los pensamientos sobre mi salud.
8.
 - a. Me siento aliviado/a permanentemente si mi médico me dice que no me pasa nada malo.
 - b. Al principio me siento aliviado/a si mi médico me dice que no me pasa nada malo pero algunas veces las preocupaciones vuelven más tarde.
 - c. Al principio me siento aliviado/a si mi médico me dice que no me pasa nada malo pero las preocupaciones siempre vuelven más tarde.
 - d. No me siento aliviado/a si mi médico me dice que no me pasa nada malo.
9.
 - a. Si oigo hablar de una enfermedad, nunca pienso que la tengo.
 - b. Si oigo hablar de una enfermedad, algunas veces pienso que la tengo.
 - c. Si oigo hablar de una enfermedad, con frecuencia pienso que la tengo.
 - d. Si oigo hablar de una enfermedad, siempre pienso que la tengo.
10.
 - a. Si tengo una sensación o cambio corporal, rara vez me pregunto qué significa.
 - b. Si tengo una sensación o cambio corporal, con frecuencia me pregunto qué significa.
 - c. Si tengo una sensación o cambio corporal, siempre me pregunto qué significa.
 - d. Si tengo una sensación o cambio corporal, debo saber qué significa.
- 11.

- a. Generalmente creo que hay un riesgo muy bajo de desarrollar una enfermedad grave.
 - b. Generalmente creo que hay un riesgo bajo de desarrollar una enfermedad grave.
 - c. Generalmente creo que hay un riesgo moderado de desarrollar una enfermedad grave.
 - d. Generalmente creo que hay un riesgo alto de desarrollar una enfermedad grave.
- 12.
- a. Nunca pienso que tengo una enfermedad grave.
 - b. Algunas veces pienso que tengo una enfermedad grave.
 - c. Con frecuencia pienso que tengo una enfermedad grave.
 - d. Por lo general pienso que estoy gravemente enfermo/a.
- 13.
- a. Si noto una sensación corporal inexplicable, no me resulta difícil pensar en otras cosas
 - b. Si noto una sensación corporal inexplicable, algunas veces me resulta difícil pensar en otras cosas.
 - c. Si noto una sensación corporal inexplicable, con frecuencia me resulta difícil pensar en otras cosas.
 - d. Si noto una sensación corporal inexplicable, siempre me resulta difícil pensar en otras cosas.
- 14.
- a. Mi familia/amigos dirían que no me preocupo lo suficiente por mi salud.
 - b. Mi familia/amigos dirían que tengo una actitud normal hacia mi salud.
 - c. Mi familia/amigos dirían que me preocupo demasiado por mi salud.
 - d. Mi familia/amigos dirían que soy un hipocondríaco.
- 15.
- a. Incluso si tuviera una enfermedad grave, sería capaz de disfrutar mucho de otras facetas de mi vida.
 - b. Incluso si tuviera una enfermedad grave, sería capaz de disfrutar un poco de otras facetas de mi vida.
 - c. Si tuviera una enfermedad grave, sería casi completamente incapaz de disfrutar de otras facetas de mi vida.

- d. Si tuviera una enfermedad grave, sería completamente incapaz de disfrutar de otras facetas de mi vida.

16.

- a. Si desarrollara una enfermedad grave, habría una probabilidad alta de que la medicina moderna fuese capaz de curarme.
- b. Si desarrollara una enfermedad grave, habría una probabilidad moderada de que la medicina moderna fuese capaz de curarme.
- c. Si desarrollara una enfermedad grave, habría una probabilidad muy baja de que la medicina moderna fuese capaz de curarme.
- d. Si desarrollara una enfermedad grave, no habría probabilidad de que la medicina moderna fuese capaz de curarme.

17.

- a. Una enfermedad grave arruinaría algunos aspectos de mi vida.
- b. Una enfermedad grave arruinaría muchos aspectos de mi vida.
- c. Una enfermedad grave arruinaría casi todos los aspectos de mi vida.
- d. Una enfermedad grave arruinaría todos los aspectos de mi vida.

18.

- a. Si tuviera una enfermedad grave, no sentiría que he perdido mi dignidad.
- b. Si tuviera una enfermedad grave, sentiría que he perdido un poco de mi dignidad.
- c. Si tuviera una enfermedad grave, sentiría que he perdido bastante de mi dignidad.
- d. Si tuviera una enfermedad grave, sentiría que he perdido totalmente mi dignidad