

HIPOCONDRIA Y PENSAMIENTOS INTRUSOS SOBRE LA ENFERMEDAD: DESARROLLO Y VALIDACIÓN DE UN INSTRUMENTO DE EVALUACIÓN

Sandra Arnáez, Gemma García-Soriano y Amparo Belloch
Universidad de Valencia (España)

Resumen

El objetivo del presente estudio fue el desarrollo y validación del "Inventario de pensamientos intrusos sobre la enfermedad" (INPIE), que evalúa la frecuencia de pensamientos intrusos sobre la enfermedad (parte 1) y las reacciones emocionales y estrategias de control que suscitan (parte 2). Se llevaron a cabo dos estudios. En el primero participaron 330 estudiantes universitarios. La estructura de la primera parte del cuestionario estuvo formada por cinco factores y la segunda parte se compuso de seis factores. La consistencia interna del instrumento fue excelente. En el segundo estudio, 56 estudiantes universitarios completaron la versión revisada del inventario (INPIE-R) y una batería de cuestionarios. El INPIE-R se asoció, principalmente, con las actitudes hipocondríacas y la sintomatología ansiosa y depresiva. El INPIE-R parece un instrumento útil en la evaluación de pensamientos intrusos sobre la enfermedad, un área escasamente estudiada y de importante repercusión como elemento de vulnerabilidad psicopatológica. Estos resultados son semejantes a los observados respecto a los contenidos obsesivos, apoyando el papel transdiagnóstico de los pensamientos intrusos.

PALABRAS CLAVE: pensamientos intrusos, hipocondría, reacciones emocionales, valoraciones disfuncionales, estrategias de control.

Abstract

The aim of the present study was to develop and validate the Illness-related Intrusive Thoughts Inventory (INPIE), a self-report that evaluates the frequency of intrusions with an illness-related content, the associated emotional reactions and appraisals, and the control strategies developed to control the intrusions. Two different studies were conducted. In the first study, 330 university students completed the newly developed questionnaire. The structure of the first part of the questionnaire consisted of five factors, and the second part had six factors. The internal consistency was excellent. In the second study, 56 participants completed a battery of measures that included the revised version of the

Este trabajo forma parte de los proyectos de investigación PSI2013-44733-R financiado por el Ministerio de Economía y Competitividad (Gobierno de España) y PROMETEO-2015/066, financiado por la Conselleria d' Educació, Cultura i Esport (Generalitat Valenciana, Valencia, España).

Correspondencia: Sandra Arnáez Sampedro, Dpto. de Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos, Facultad de Psicología, Universidad de Valencia, Av. Blasco Ibáñez 21, 46010 Valencia (España). E-mail: sandra.arnaez@uv.es

inventory (INPIE-R). The INPIE-R was mainly associated with hypochondriasis attitudes and anxious and depressive symptoms. The INPIE-R seems to be a useful instrument for evaluating intrusions related to illness, an understudied area that is relevant as an element of psychopathological vulnerability. Results are similar to those observed for obsessional content, supporting the transdiagnostic role of intrusive thoughts.

KEY WORDS: *intrusions, hypochondriasis, emotional repercussions, dysfunctional appraisals, control strategies.*

Introducción

Los pensamientos intrusos desagradables y no deseados son productos cognitivos que se experimentan como imágenes, impulsos, sensaciones y/o pensamientos, que interrumpen de forma involuntaria el flujo consciente de pensamiento. A estos pensamientos intrusos se les atribuye un origen interno y se experimentan de manera recurrente y repetitiva. Además, se consideran inaceptables o indeseadas y resultan difíciles de controlar (Rachman y Hodgson, 1980; Rachman, 1981). La mayoría de estudios realizados sobre pensamientos intrusos se han centrado en analizar su papel en el desarrollo de las obsesiones que se dan en el trastorno obsesivo compulsivo (TOC). Desde los modelos cognitivos del TOC (Rachman, 1997; Salkovskis, 1985) se propone que los pensamientos intrusos se convierten en obsesiones porque se valoran de forma disfuncional, lo que lleva a los individuos a poner en marcha diferentes estrategias para controlarlas, reducir su impacto emocional, o suprimirlas. Estas estrategias en un primer momento reducen el malestar y aumentan la sensación de control, pero paradójicamente provocan un incremento posterior en la frecuencia del pensamiento intruso, que se vuelve más llamativo. Así, la reaparición del pensamiento intruso en el flujo de pensamiento habitual provoca un aumento del malestar inicial, estableciéndose un círculo vicioso que culmina, finalmente, en la reaparición recurrente del pensamiento intruso, que ya tiene las características de un síntoma clínicamente significativo (es decir, obsesión).

En 1978, Rachman y de Silva publicaron un estudio en el que plantearon que la población general experimentaba pensamientos intrusos similares, en forma y contenido, a las obsesiones clínicas de los pacientes obsesivos. Estos resultados han sido corroborados ampliamente en distintas culturas y poblaciones, tanto clínicas como no clínicas (Clark *et al.*, 2014; García-Soriano y Belloch, 2013; Keeley y Storch, 2008; Moulding *et al.*, 2014; Radomsky *et al.*, 2014).

Si bien el estudio de los pensamientos intrusos se ha desarrollado principalmente en el TOC, se han propuesto también como una variable transdiagnóstica (Belloch, 2012; Blom, Hagestein-de Brujin, de Graaf, ten Have y Denys, 2011) presente en trastornos diferentes, tales como el insomnio (p. ej., Harvey y Payne, 2002; Schubert y Coles, 2013), los trastornos de la conducta alimentaria (p. ej., García-Soriano, Roncero, Perpiñá y Belloch, 2014), el trastorno de estrés post-traumático (p. ej., Ehlers *et al.*, 2002; Engelhard, van den Hout, Arntz y McNally, 2002), el trastorno dismórfico corporal (p. ej., Giraldo-O'Meara,

Fornés y Belloch, 2015; Kollej, Bruhoeber, Rauh, de Zwaan y Martin, 2012; Wilhelm, Phillips y Steketee, 2013) y la hipocondría.

Por lo que se refiere a la hipocondría, aunque diluida en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5; *American Psychiatric Association* [APA], 2013) en dos trastornos distintos (ansiedad por la enfermedad y trastorno de síntomas somáticos), los criterios diagnósticos hacen referencia en ambos casos a productos cognitivos, es decir, a preocupaciones (en la ansiedad por la enfermedad) y a pensamientos o sentimientos (en el trastorno de síntomas somáticos) asociados con la salud y/o con la enfermedad. A pesar pues de la importancia que se otorga a estos productos cognitivos para el diagnóstico de hipocondría, la investigación sobre ello es realmente escasa. Hasta donde sabemos, únicamente tres trabajos han examinado el papel de tales productos y su carácter intruso. Wells y Hackman (1993), en un estudio realmente pionero en este campo, evaluaron las imágenes intrusas de pacientes con hipocondría y mostraron que los contenidos más frecuentes estaban relacionados con temas de muerte y enfermedad grave. Más recientemente, Muse *et al.* (2010) reprodujeron estos resultados en pacientes hipocondríacos, encontrando que el 78% de los participantes experimentaban imágenes intrusas relacionadas con esos mismos contenidos. Langlois, Ladouceur, Patrick y Freeston (2014) examinaron, en una muestra no clínica de estudiantes universitarios, si los miedos hipocondríacos guardaban más similitud psicopatológica con los pensamientos intrusos de contenido obsesivo o con las preocupaciones características de la ansiedad generalizada (*worry*). Sus resultados indicaron que los miedos hipocondríacos quedaban en un espacio intermedio entre las obsesiones y la ansiedad generalizada, pues compartían características de ambos productos cognitivos. Constataron además que los miedos intrusos sobre enfermedades se producían tanto en forma de imagen como de pensamiento. No obstante, dado que en este estudio únicamente se evaluaban pensamientos intrusos relacionados con enfermedades específicas, no se abordaba la complejidad de contenidos/síntomas característicos de la hipocondría, que va más allá de miedos concretos a enfermedades asimismo concretas (López-Santiago y Belloch, 2012).

Dada la escasez de estudios empíricos sobre la posibilidad de que las preocupaciones, pensamientos y/o miedos sobre la enfermedad (siguiendo los criterios diagnósticos del DSM-5) se puedan conceptualizar como pensamientos intrusos, nos planteamos examinar dicha posibilidad de manera específica. Para ello, el primer paso ineludible era elaborar un instrumento de evaluación que permitiera apresar en qué medida las personas experimentan pensamientos intrusos con contenidos asociados a la enfermedad. En el núcleo conceptual de "pensamiento intruso" se halla la idea de dimensionalidad entre la normalidad y la psicopatología. Esta idea, ampliamente constatada en el estudio de los pensamientos intrusos de contenido obsesivo y el TOC, implica dos supuestos adicionales: primero, que los pensamientos intrusos desagradables se producen tanto en población no clínica como en personas con psicopatología; y segundo, que la escalada de un pensamiento intruso "normal" a uno patológico (es decir, clínicamente significativo), se debe al modo en que se valora el pensamiento intruso, el impacto emocional que provoca y los posibles comportamientos

disfuncionales que suscita. Desde esta perspectiva, el instrumento de evaluación debía permitir valorar también estos aspectos.

Este trabajo pretende responder a las siguientes preguntas: ¿experimentan las personas sin psicopatología pensamientos intrusos sobre la enfermedad?, ¿cómo se valoran estos pensamientos intrusos?, ¿se emplean estrategias para neutralizarlos y/o controlarlos?, la frecuencia de esos pensamientos intrusos ¿guarda relación con síntomas hipocondríacos, obsesivos, de ansiedad generalizada o de malestar emocional general?

Estudio 1

Los objetivos de este estudio fueron: (1) desarrollar un instrumento de autoinforme para evaluar la presencia de pensamientos intrusos relacionados con la salud y la enfermedad en población no clínica, así como las reacciones emocionales y valoraciones que suscitan y las estrategias empleadas para controlarlos y (2) examinar la estructura factorial y fiabilidad del instrumento.

Método

Participantes

Participaron 330 estudiantes (242 mujeres y 88 hombres) de Nutrición y Psicología de la Universidad de Valencia, con una media de edad de 20,96 ($DT=4,85$) años. La mayor parte de los participantes estaba soltero (89,6%) y tenía un nivel socioeconómico medio (75,4%). Únicamente se incluyeron en el estudio las personas que manifestaron no haber padecido o padecer alguna enfermedad física y/o trastorno mental y aquellos estudiantes que no estaban siguiendo algún tipo de tratamiento farmacológico o psicológico.

Instrumentos

- a) Cuestionario *ad hoc* para datos demográficos y clínicos. Se recogió información sobre el sexo, la edad, el estado civil, el nivel socioeconómico y el nivel educativo alcanzado, así como información sobre la existencia de alguna enfermedad actual o pasada y tratamientos recibidos.
- b) "Inventario de pensamientos intrusos sobre la enfermedad" (INPIE). El propósito de este inventario es evaluar la presencia de pensamientos, imágenes, sensaciones o impulsos, intrusos y no deseados sobre la salud y la enfermedad (PIEs), así como las consecuencias emocionales, valoraciones y estrategias de control asociadas a los mismos. Está basado en la estructura del "Inventario de pensamientos intrusos obsesivos" (INPIOS; García-Soriano, 2008). Incluye unas instrucciones iniciales en las que se ofrece una definición detallada sobre las características que tienen los pensamientos intrusos. Consta de dos partes diferenciadas. La primera (INPIE-parte 1) incluye 45 ítems que evalúan mediante una escala tipo Likert (de 0= "Nunca" a 6= "Siempre") la frecuencia con la que las personas experimentan pensamientos intrusos

relacionados con la salud y la enfermedad. Los ítems se agrupan en escenarios con el objetivo de ejercer un efecto activador y contextualizador de la aparición de pensamientos intrusos (p. ej., Cuando siento alguna molestia en mi cuerpo, por pequeña que sea, (p. ej., un pinchazo, un picor, cansancio ligero, sequedad en la piel, tics en el ojo, etc.) se me meten en la cabeza pensamientos intrusos tales como...). En la segunda parte (INPIE-parte 2), se le pide a la persona que, en primer lugar, seleccione de entre los ítems de la 1ª parte, el pensamiento intruso que haya experimentado cómo más molesto y desagradable en los últimos tres meses y, en segundo lugar, que lo valore en una escala Likert de cinco puntos según los siguientes aspectos: a) las reacciones emocionales, la dificultad para controlar el pensamiento intruso, el éxito percibido en el control del pensamiento intruso y la interferencia que le provoca el pensamiento intruso seleccionado (9 ítems); b) las valoraciones disfuncionales relacionadas con el pensamiento intruso (8 ítems) y c) las estrategias de control que la persona emplea para reducir la molestia generada por el mismo (12 ítems).

Procedimiento

Para la construcción del instrumento, en primer lugar, y de forma previa al desarrollo de los ítems, se procedió a realizar una revisión de la literatura científica sobre la hipocondría, y especialmente al análisis de los instrumentos empleados hasta el momento para su diagnóstico y evaluación. En el análisis de estos instrumentos se atendió especialmente al contenido de los pensamientos, valoraciones disfuncionales y estrategias de control evaluadas. Por otro lado, se realizó una revisión de las características de los pensamientos intrusos y especialmente de los instrumentos desarrollados para valorarlos. Finalmente, se decidió elaborar un nuevo instrumento siguiendo la estructura del "Inventario de pensamientos intrusos obsesivos" (INPIOS; García-Soriano, 2008) que ha mostrado ser un instrumento útil para evaluar pensamientos intrusos de contenido obsesivo, además de contar con unas buenas propiedades psicométricas y ser útil para la investigación de los pensamientos intrusos tanto en la población general como en la población clínica (García-Soriano y Belloch 2013; García-Soriano, Belloch, Morillo y Clark, 2011; García-Soriano *et al.*, 2014). No obstante, dado que el INPIOS evalúa pensamientos intrusos de contenido obsesivo, para la elaboración de los ítems del INPIE nos basamos en diferentes instrumentos que evalúan sintomatología hipocondríaca y redactamos los nuevos ítems tratando de que apesaran la presencia de pensamientos intrusos (p. ej., Cuando siento alguna molestia en mi cuerpo, por pequeña que sea, (ej., un pinchazo, un picor, cansancio ligero, sequedad en la piel, tics en el ojo, etc.) se me meten en la cabeza pensamientos intrusos tales como: "Estoy desarrollando una enfermedad grave sin saberlo (ej., cáncer, SIDA, etc.)").

Para elaborar la primera parte del instrumento (INPIE-parte 1), se desarrolló un listado inicial de 49 enunciados, todos ellos referidos a posibles pensamientos intrusos relacionados con el estado de salud y la enfermedad. Los ítems de la primera parte se agruparon por escenarios con el objetivo de ejercer un efecto

activador y contextualizador ante su posible aparición. Los escenarios se elaboraron en función de la revisión de la literatura, que mostró los ámbitos en los que aparecían frecuentemente pensamientos intrusos sobre la enfermedad.

El listado de pensamientos intrusos fue objeto de valoración y discusión por los integrantes del Grupo de Investigación sobre el Trastorno Obsesivo Compulsivo de la Universidad de Valencia. Este grupo estaba formado por cinco doctores en psicología (profesoras universitarias y/o psicólogas clínicas), tres psicólogos clínicos con grado de Doctor, tres psicólogos internos residentes y dos becarios de investigación. Este grupo evaluó, de manera individual, la pertinencia y la redacción de cada uno de los ítems del cuestionario en una escala de 11 puntos donde 0 "nada pertinente/mal redactado" y 1 "muy pertinente/bien redactado", e indicaron las modificaciones que consideraron que era necesario realizar. Tras ser evaluadas por los miembros del grupo y corregida la redacción inicial, el listado quedó reducido a 45 ítems, que son los que finalmente se han considerado para su análisis en este trabajo. Esta última versión fue evaluada de manera individual por otro grupo de expertos, diferente al inicial, compuesto por tres Doctores en Psicología (profesores universitarios y/o psicólogos clínicos), expertos en hipocondría, con publicaciones científicas (incluyendo sus Tesis Doctorales) sobre la hipocondría y otros trastornos somatoformes. Este grupo de expertos valoró la claridad y grado de comprensión de las instrucciones y de la redacción de los ítems y su adecuación a la hipocondría (escala 0-10). De acuerdo con sus indicaciones, la redacción de los ítems fue modificada. Asimismo, algunos de los ítems iniciales fueron sustituidos por otros más pertinentes, en los que hubo acuerdo entre los 3 evaluadores expertos.

La segunda parte del INPIE (INPIE-parte 2) incluye los mismos ítems que la segunda parte del INPIOS, a los que se añadió un ítem para valorar la emoción de asco, por considerar que ésta podría ser relevante en la experiencia de pensamientos intrusos sobre la enfermedad (p. ej., Arnáez, García-Soriano y Belloch, 2015; Davey y Bond, 2006; Thorpe, Barnett, Friend y Nottingham, 2011). Además, se incluyeron seis nuevos ítems para evaluar estrategias de control relevantes en la hipocondría (p. ej., "Busco información relacionada con ese pensamiento en internet u otras fuentes" o "Pido cita con el médico o consulto al farmacéutico") (López-Santiago y Belloch, 2012).

Para la recogida de datos se ofreció a estudiantes de diferentes carreras universitarias de dos campus diferentes la participación voluntaria en la investigación. Los estudiantes interesados completaron en el aula el INPIE, una hoja de datos sociodemográficos y un consentimiento informado para participar en la investigación. El tiempo de aplicación del instrumento fue de veinte minutos y la totalidad de los datos se recogió en dos meses. El INPIE fue administrado por las autoras.

Análisis de datos

Todos los análisis estadísticos fueron realizados a través del programa estadístico SPSS para Windows v. 20 (IBM Corp. Released, 2011). Para analizar la estructura factorial del INPIE se realizaron diversos análisis factoriales exploratorios

(AFE). En primer lugar, se comprobó que se cumplían los requisitos para realizar el AFE a través de la medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) (que considera deseables valores $KMO > 0,70$) y la prueba de esfericidad de Bartlett (BTS), siendo deseable $p < 0,05$. El método empleado para la extracción factorial fue componentes principales, y el tipo de rotación empleada fue ortogonal (varimax).

Para determinar el número de factores más apropiado, se siguieron varios criterios. Se seleccionaron aquellos factores cuyo valor propio inicial fuese mayor de 1. Además, se observó el gráfico de sedimentación, así como el porcentaje de varianza explicado para determinar el número adecuado de factores. Por último, se tuvieron en cuenta las saturaciones factoriales de cada ítem sobre el factor, considerando relevantes únicamente aquellos ítems con saturaciones $\geq 0,40$.

Se calculó la consistencia interna a través del alfa de Cronbach, considerándose aceptables valores cercanos a 0,70 (Garson, 2000).

Para analizar el tamaño y dirección de la relación entre los ítems y las escalas del instrumento se utilizó el coeficiente de correlación de Pearson, y como criterio para la estimación del tamaño de r se ha tomado el indicado por Cohen (1988), por lo que se han considerado correlaciones bajas las comprendidas entre 0,10 y 0,29, medias entre 0,30 y 0,49 y altas las correlaciones mayores de 0,50.

Resultados

Validez de contenido del INPIE: análisis de la estructura factorial

Se realizaron análisis factoriales diferenciados para cada una de las partes del INPIE. Para el INPIE-parte 1 (contenido y frecuencia de los pensamientos intrusos relacionados con la enfermedad) formada por los 45 ítems, se realizaron diversos análisis factoriales con rotación ortogonal (varimax; $KMO = 0,94$). Ocho factores obtuvieron valores propios iniciales mayores de 1 explicando un 68,92% de la varianza. Sin embargo, el gráfico de sedimentación sugería entre 1 y 5 posibles factores. Se forzaron las soluciones factoriales de 1 a 8 factores. Tras examinar las diferentes soluciones factoriales se observó que tres ítems (7, 17 y 20) saturaban en varios factores, por lo que se eliminaron en los siguientes análisis factoriales exploratorios al considerarse que no tenían capacidad para discriminar entre los distintos factores.

Tras eliminar los tres ítems mencionados, se repitieron los análisis factoriales con 42 ítems. Se aplicó una rotación ortogonal (varimax; $KMO = 0,94$) y ocho factores obtuvieron valores propios iniciales mayores de 1 explicando un 61,61% de la varianza. Sin embargo, el gráfico de sedimentación sugería de nuevo entre uno y cinco posibles factores. Se forzaron las soluciones de uno a cinco factores y se observó que las tres soluciones con una estructura más simple, clara e interpretable eran las de uno, dos y cinco factores, explicando 40,66%, 47,30% y 62,62% de la varianza común respectivamente. La solución de cinco factores resultó la más clara e interpretable (tabla 1): el primer factor (15,03% de la varianza explicada, VE) comprendía ítems referidos a PIEs que surgen de manera espontánea y a PIEs que surgen ante una molestia física leve; el segundo factor

Tabla 1

Matriz de componentes rotados del "Inventario de pensamientos intrusos sobre la enfermedad" (INPIE)-parte 1 y sus saturaciones en los cinco factores

Ítems	Factores				
	1	2	3	4	5
1. Tengo una enfermedad grave (ej., cáncer, SIDA, etc.)	0,73				
2. Enfermo más que los demás	0,50				
3. Estoy desarrollando una enfermedad grave sin saberlo (ej., cáncer, SIDA, etc.)	0,77				
4. Me queda poco tiempo de vida	0,54				
5. Me preocupo por mi salud más que los demás	0,52				
6. Puedo enfermar de repente	0,53				
7. Puedo morir de una enfermedad grave (ej., cáncer, SIDA, etc.)	0,65				
8. Esta molestia no es normal	0,54				
9. Tengo que ir al médico	0,48		0,46		
10. ¿Tendré algo grave (ej., cáncer, SIDA, etc.)?	0,68				
11. Tengo que prestar atención a esta molestia	0,48		0,50		
12. ¿Estaré desarrollando algo grave sin saberlo (ej., cáncer, SIDA, etc.)?	0,65				
13. Algo funciona mal en mi cuerpo	0,55				
14. El médico no me está diciendo la verdad				0,40	
15. Mi enfermedad no se refleja en esas pruebas				0,78	
16. Se habrán equivocado con los resultados				0,79	
17. Las pruebas médicas no son fiables				0,79	
18. Deberían hacerme otras pruebas mejores (ej., TAC, Scanner, resonancia, etc.)				0,72	
19. El médico se ha equivocado				0,83	
20. Esa molestia no es normal			0,76		
21. Tenemos que ir al médico			0,73		
22. Debe ser algo grave (ej., cáncer, SIDA, etc.)			0,66		
23. Tengo que vigilar esa molestia			0,72		
24. Debe estar desarrollando algo grave (ej., cáncer, SIDA, etc.)			0,64		
25. Esto es señal de que algo en su cuerpo no va bien			0,69		
26. Tengo síntomas similares		0,69			
27. Tengo que informarme más acerca de esa enfermedad		0,59			
28. En algún momento puedo tener esa enfermedad		0,64			
29. Estoy desarrollando esa enfermedad		0,67			
30. Eso es lo que a mí me pasa		0,70			
31. Esto es síntoma de algo grave	0,47	0,62			
32. Tengo que ir al médico		0,56			
33. Este síntoma no es normal		0,57			
34. Debo prestar atención a este síntoma		0,56	0,44		
35. Debo estar desarrollando algo grave sin saberlo	0,47	0,57			
36. Esto es señal de que algo funciona mal en mi cuerpo		0,62			
37. Mi propio funeral					0,53
38. La posibilidad de ser enterrado vivo					0,59
39. Morir solo en medio de la calle					0,70
40. Mi nombre escrito en una lápida					0,69
41. Morir solo en un hospital					0,70
42. Morir sufriendo y con dolor					0,62

(13,82% de VE) incluyó ítems referidos a PIEs sobre la desconfianza hacia las explicaciones y pruebas médicas; el tercer factor, con un 12,86% de VE, comprendía ítems sobre PIEs acerca de la enfermedad de un ser querido; el cuarto factor (10,27% de VE) incluía ítems referidos a PIEs desencadenados ante síntomas físicos (por ejemplo, un dolor de cabeza prolongado) y ante información relacionada con la enfermedad; el quinto factor (9,73% de VE) incluía ítems referidos a PIEs sobre aspectos relacionados con la muerte.

Para el INPIE-parte 2 (reacciones emocionales, interferencia, valoraciones disfuncionales y estrategias de control), se realizaron diversos análisis factoriales exploratorios para cada uno de los tres apartados que la forman. Respecto al primer apartado, que incluye los ítems referentes a las reacciones emocionales, la dificultad para controlar el pensamiento intruso, el éxito percibido en el control del pensamiento intruso y la interferencia que provoca el pensamiento intruso, el análisis factorial ortogonal (rotación varimax; KMO= 0,82) dio lugar a dos factores con valores propios iniciales mayores de 1, sin embargo, el gráfico de sedimentación sugería entre uno y tres posibles factores. Se forzaron las soluciones factoriales de uno a tres factores, que explicaron un 40,35%, 55,74% y 65,87% de la varianza total respectivamente. La solución bifactorial mostró un menor solapamiento entre factores y era más fácilmente comprensible (tabla 2): el primer factor (36,24% de VE) incluía los ítems que evalúan el malestar, ansiedad, tristeza, dificultad para controlar el pensamiento intruso, éxito percibido en el control del pensamiento intruso y la interferencia que provoca el pensamiento intruso seleccionado y el segundo factor (19,50% de VE) aquellos ítems que evalúan el asco, la culpa y la vergüenza generada por el PIE.

Tabla 2

Matriz de componentes rotados del "Inventario de pensamientos intrusos sobre la enfermedad" (INPIE)-parte 2. Reacciones emocionales e interferencia y sus saturaciones en dos factores

Reacciones emocionales e interferencia	Factor 1	Factor 2
Ítem 1. Molestia	0,78	
Ítem 2. Ansiedad	0,79	
Ítem 3. Tristeza	0,64	
Ítem 4. Asco		0,68
Ítem 5. Culpa		0,64
Ítem 6. Vergüenza		0,85
Ítem 7. Dificultad para controlar el pensamiento intruso	0,75	
Ítem 8. Éxito percibido en el control del pensamiento intruso	-0,68	
Ítem 9. Interferencia que provoca el pensamiento intruso	0,71	

Respecto al segundo apartado, se aplicó un análisis ortogonal (rotación varimax; KMO= 0,80) para determinar la estructura factorial subyacente a los ítems que hacían referencia a las valoraciones disfuncionales. Tanto el análisis de los valores propios como el gráfico de sedimentación sugerían las soluciones de uno y dos factores. La solución unifactorial explicó un 38,96% y la bifactorial un 51,66% de la varianza total. Decidimos quedarnos con la estructura unifactorial que

resultaba más sencilla y fácilmente comprensible, incluyendo a todas las valoraciones disfuncionales en un mismo factor (tabla 3).

Tabla 3

Matriz de componentes rotados del "Inventario de pensamientos intrusos sobre la enfermedad" (INPIE)-parte 2. Valoraciones disfuncionales y sus saturaciones en un factor

Valoraciones disfuncionales	Factor 1
Ítem 10. Importancia del pensamiento	0,67
Ítem 11. Significado personal	0,49
Ítem 12. Responsabilidad	0,61
Ítem 13. Importancia de control/suprimir	0,51
Ítem 14. Sobreestimación de amenaza	0,70
Ítem 15. Intolerancia a la incertidumbre	0,72
Ítem 16. FPA tipo probabilidad	0,70
Ítem 17. FPA tipo moral	0,51

Por último, se analizó la estructura factorial de las estrategias de control incluidas en el tercer apartado (rotación varimax; KMO= 0,78). Seis factores obtuvieron valores propios iniciales mayores de 1 explicando un 63,91% de la varianza, sin bien, el gráfico de sedimentación sugería entre uno y tres posibles factores. Se forzaron las soluciones factoriales de uno y seis factores. Se observó que las dos soluciones con una estructura más simple, clara e interpretable eran las de dos y tres factores que explicaron un 38,32% y un 45,64% de la varianza total respectivamente. La solución de tres factores fue la más clara e interpretable (tabla 4). El primer factor (VE= 20,35%) recogía ítems sobre estrategias generales de control de los pensamientos, tales como la parada del pensamiento o la distracción; el segundo factor (VE= 16,63%) incluía ítems que hacían referencia a estrategias relacionadas con la salud; y el tercer factor (VE= 8,66%) incluyó los ítems que hacían referencia a compulsiones típicas del TOC. El ítem 8 ("No hacer nada") no saturó significativamente en ningún factor, razón por la que fue analizado de manera independiente en los análisis sucesivos.

Fiabilidad

A continuación, se examinó la consistencia interna de la puntuación total del INPIE-parte 1 que fue elevada ($\alpha= 0,96$) y de las escalas. Los factores del INPIE-parte 1 mostraron índices de fiabilidad elevados con valores entre 0,80 (PIEs muerte) y 0,94 (PIEs síntomas físicos/información) (tabla 5). La consistencia interna de los factores del INPIE-parte 2 oscilaba entre valores $\alpha= 0,45$ (factor compulsiones típicas del TOC) y $\alpha= 0,81$ (Disforia/interferencia) en las subescalas. El factor que recoge las compulsiones típicas del TOC mostró una consistencia interna pobre, que se incrementaba a 0,62 al eliminar el ítem que evalúa las conductas de repetición.

Tabla 4

Matriz de componentes rotados del "Inventario de pensamientos intrusos sobre la enfermedad" (INPIE)-parte 2. Estrategias de control y sus saturaciones en tres factores

Estrategias de control	Factor 1	Factor 2	Factor 3
Ítem 1. Distracción cognitiva y/o conductual	0,51		
Ítem 2. Compulsión mental	0,66		
Ítem 3a. Limpiar			0,70
Ítem 3b. Comprobar algo de mi cuerpo		0,56	
Ítem 3c. Repetir			0,43
Ítem 3d. Ordenar			0,75
Ítem 3e. Tocar		0,55	
Ítem 3f. Preguntar a quién confío		0,69	
Ítem 3g. Buscar información		0,78	
Ítem 3h. Cita médico o farmacéutico		0,80	
Ítem 3i. Hacer algo para mejorar mi salud		0,73	
Ítem 4. Reestructuración cognitiva	0,60		
Ítem 5. Búsqueda de reaseguración	0,51		
Ítem 6. Autotranquilización	0,76		
Ítem 7. Parada del pensamiento	0,76		
Ítem 8. No hacer nada			
Ítem 9. Relajación	0,59		
Ítem 10. Evitación	0,40		
Ítem 11. Esfuerzo control	0,75		

Tabla 5

Consistencia interna (α) e intercorrelaciones entre las escalas del "Inventario de pensamientos intrusos sobre la enfermedad-revisado" (INPIE-R) ($n= 330$)

INPIE-R Parte 1	α	F1	F2	F3	F4	F5	Total
Factor 1. PIE espontáneos/ pequeñas molestias	0,92	--	0,59**	0,57**	0,77**	0,53**	0,92**
Factor 2. PIE desconfianza explicaciones/ pruebas médicas	0,90		--	0,40**	0,55**	0,30**	0,66**
Factor 3. PIE seres queridos	0,92			--	0,68**	0,50**	0,77**
Factor 4. PIE síntomas físicos/ información	0,94				--	0,54**	0,92**
Factor 5. PIE muerte	0,80					--	0,69**
INPIE-R Parte 2							
Factor 1. Disforia/interferencia	0,81	--	0,34**	0,66**	0,49**	0,28*	0,31*
Factor 2. Reacción emocional	0,65		--	0,58**	0,19*	0,09	0,29**
Factor 3. Valoraciones	0,78			--	0,40**	0,33**	0,30**
Factor 4. Estrategias generales	0,76				--	0,35**	0,30*
Factor 5. Estrategias sobre salud	0,78					--	0,23**
Factor 6. Compulsiones	0,45						--

Notas: PIE= pensamientos intrusos sobre la enfermedad. * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$.

Intercorrelaciones entre factores

Los factores del INPIE-parte 1 (tabla 6) mostraron asociaciones significativas y moderadas/altas entre ellos, así como entre la puntuación total y todas las subescalas. Respecto a los factores del INPIE-parte 2, se observaron asociaciones significativas, pero en general entre bajas y moderadas.

Tabla 6

Datos descriptivos del "Inventario de pensamientos intrusos sobre la enfermedad-revisado" (INPIE-R) y correlaciones de Pearson con otras medidas psicopatológicas

INPIE-R	M (DT)	Otras medidas psicopatológicas				
		IW	PSWQ	OCI-R Total	DAS-21 Depresión	DASS-21 Ansiedad
Parte 1 (n= 56)						
PIE espontáneos/ pequeñas molestias	1, 66 (0,89)	0,55***	0,31*	0,2	0,35*	0,40**
PIE desconfianza explicaciones/ pruebas médicas	1,11 (0,27)	0,15	0,25	-0,01	0,57**	0,36
PIE seres queridos	1,32 (0,43)	0,18	0,05	0,24	0,40**	0,3
PIE síntomas físicos/ información	1,55 (0,85)	0,60***	0,28*	0,12	0,36**	0,50***
PIE muerte	1, 44 (0,74)	0,47**	0,21	0,26	0,08	0,13
Total	1,53 (0,74)	0,59***	0,29**	0,17	0,34**	0,44**
Parte 2 (n= 29)						
Disforia/ interferencia	1,51 (0,61)	0,32	0,52**	0,21	0,66**	0,62**
Reacción emocional	0,43 (0,62)	0,15	0,37*	0,35	0,66**	0,68**
Valoraciones	1,00 (0,85)	0,41*	0,69**	0,34	0,63**	0,65**
Estrategias generales	1,88 (0,88)	0,26	0,58**	0,22	0,31	0,23
Estrategias sobre salud	1,01 (0,90)	0,42*	0,52**	0,21	0,41*	0,53**
Compulsiones	0,72 (0,90)	0,35	0,34	0,15	0,26	0,29
"No hacer nada"	0,41 (0,91)					

Notas: INPIE-R= Inventario de pensamientos intrusos sobre la enfermedad-revisado; PIE= pensamientos intrusos sobre la enfermedad; IW= índice Whiteley; PSWQ= Cuestionario de preocupación de Pensilvania; OCI-R= Inventario de obsesiones y compulsiones-revisado; DASS-21= Escalas de depresión, ansiedad y estrés. * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$.

Discusión

La estructura factorial del INPIE-parte 1 queda representada por cinco factores que evalúan los contenidos típicos de las preocupaciones y miedos hipocondríacos. Estos contenidos hacen referencia a aspectos tales como el miedo a padecer o desarrollar una enfermedad grave ante la presencia de una molestia leve o un síntoma físico, la desconfianza hacia las explicaciones y pruebas médicas, la preocupación por el estado de salud de un ser querido y el miedo a la muerte.

La primera parte ha mostrado índices de fiabilidad excelentes y asociaciones elevadas entre sus factores, lo que indica que se trata de factores que se encuentran bastante relacionados. Algo que cabría esperar, dado que algunos ítems se repiten en diferentes factores. Por ejemplo, la frecuencia del ítem "Debo estar desarrollando alguna enfermedad grave" se valora en diferentes escenarios: aparición de forma espontánea, al escuchar/leer información relacionada con enfermedades y ante la presencia de alguna molestia o síntoma físico.

El INPIE-parte 2 ha presentado una estructura factorial formada por seis factores que evalúan cómo se experimentan los pensamientos intrusos sobre la enfermedad y qué estrategias se emplean para controlarlos. En cuanto a las reacciones emocionales que suscita el pensamiento intruso, los factores obtenidos muestran que el malestar, la tristeza y la culpa se agrupan con la dificultad para controlar el pensamiento, el éxito percibido en su control y la interferencia que provoca el pensamiento intruso, mientras que las emociones de asco, vergüenza y culpa conforman un factor independiente. Las valoraciones disfuncionales asociadas al pensamiento intruso se han agrupado en un único factor, algo que pudiera deberse a que únicamente se incluye un ítem para cada valoración y a que, al tratarse de una muestra no clínica, no existe tanta discriminación entre estas valoraciones disfuncionales. En cuanto a las estrategias de control que se emplean para hacer frente al pensamiento intruso se han agrupado en tres dimensiones: estrategias de control de pensamientos (p. ej., distracción del pensamiento), estrategias relacionadas con la salud (p. ej., pedir cita en el médico) y compulsiones típicas del TOC (p. ej., ordenar). Respecto al ítem "no hacer nada", se ha decidido analizarlo de forma individual, ya que en trabajos anteriores con instrumentos de evaluación similares se ha constatado como variable independiente (García-Soriano *et al.*, 2013; Perpiñá, Roncero y Belloch, 2008).

El análisis de la fiabilidad ha indicado que, en general, los factores de la segunda parte también presentan una buena consistencia interna. Sin embargo, el factor que agrupa las compulsiones típicas del TOC (i.e., lavar, ordenar, repetir) ha presentado una consistencia interna pobre, la cual se incrementa al eliminar el ítem que hace referencia a las conductas de repetición. Esta baja consistencia puede deberse al efecto suelo de las puntuaciones en estos ítems, dado que recoge comportamientos escasamente probables en población general y concretamente en la muestra de estudiantes universitarios evaluada. No obstante, se ha decidido mantener este ítem dado que podría ser relevante en el estudio de pacientes con hipocondría.

Por último, las asociaciones entre los factores de la segunda parte del INPIE permiten identificar dos partes diferenciadas, por un lado, los factores que hacen

referencia a cómo se valora el pensamiento intruso y responde emocionalmente y, por otro lado, los factores relacionados con la forma de responder al pensamiento intruso (estrategias de control).

Estudio 2

Este segundo estudio tiene los siguientes objetivos: (1) analizar la presencia de PIEs en una muestra de población general universitaria no clínica, así como de las consecuencias emocionales, valoraciones y estrategias de control asociadas a los mismos, y (2) estudiar las asociaciones entre estas variables y medidas de síntomas psicopatológicos.

Método

Participantes

La muestra estaba formada por 56 estudiantes (39 mujeres y 17 hombres) de 1º de Criminología de la Universidad de Valencia, con una media de edad de 19,36 ($DT= 3,47$) años. La mayor parte estaba soltero (96,4%) y tenían un nivel socioeconómico medio (66,1%). Como criterios de inclusión se tuvo en cuenta que los participantes no padecieran o hubieran padecido una enfermedad física y/o historia de trastorno mental, o estuvieran recibiendo tratamiento farmacológico o psicológico.

Instrumentos

- a) "Inventario de pensamientos intrusos sobre la enfermedad-revisado" (INPIE-R). Este instrumento es el resultado de la depuración del INPIE presentada en el estudio 1 de este trabajo. Como se ha descrito con anterioridad, el INPIE-R es un autoinforme en el que, tras describir los pensamientos intrusos como eventos molestos que interrumpen el pensamiento y que son comunes en población general, se incluyen dos partes diferenciadas. En el INPIE-R Parte 1 se incluyen 42 ítems agrupados en cinco factores que se responden en una escala tipo Likert de 0 ("Nunca") a 6 ("Durante todo el día") que evalúa la frecuencia de PIEs: 1) que aparecen espontáneamente o ante la presencia de una molestia leve; 2) sobre la desconfianza hacia el médico y las explicaciones médicas; 3) sobre el estado de salud de un ser querido; 4) que aparecen ante la presencia de síntomas físicos (por ejemplo, un dolor de cabeza prolongado) o información sobre la enfermedad y 5) sobre la muerte. En el INPIE-R Parte 2 el participante escoge su pensamiento intruso más molesto del listado anterior y evalúa las siguientes dimensiones en una escala Likert de cinco puntos: a) el malestar, la ansiedad, la tristeza y la interferencia que provoca el pensamiento intruso más molesto; b) el asco, la culpa y la vergüenza asociados al pensamiento intruso más molesto; c) el modo en que se valora el pensamiento intruso más molesto (valoraciones disfuncionales); d) la frecuencia con que se emplean estrategias generales de control para reducir la molestia generada

por el pensamiento intruso más molesto; e) estrategias de control relacionadas con la salud, o f) compulsiones típicas del TOC (p. ej., limpiar, comprobar, ordenar). En el presente trabajo, la consistencia interna de la primera parte fue excelente ($\alpha = 0,96$), siendo también buena la de cada una de las cinco subescalas con valores entre 0,77 (pensamientos intrusos sobre la muerte) a 0,96 (pensamientos intrusos relacionados con la enfermedad). La consistencia interna de la segunda parte del instrumento también fue adecuada con valores entre 0,46 (reacciones emocionales e interferencia) a 0,86 (valoraciones y estrategias generales de control).

- b) "Índice Whiteley" (*Whiteley Index*, WI; Pilowsky, Spence, Cobb y Katsikitis, 1984). El WI consta de 14 ítems incluidos en tres factores que evalúa la gravedad de las actitudes hipocondríacas (preocupación corporal, miedo a la enfermedad y convicción de enfermedad) y que se responden mediante una escala dicotómica (Sí/No). La adaptación española del instrumento (Avia, 1993) ha mostrado una consistencia interna aceptable en el presente estudio ($\alpha = 0,73$).
- c) "Cuestionario de preocupación de Pensilvania" (*Penn State Worry Questionnaire*, PSWQ; Meyer, Miller, Metzger y Borkovec, 1990). Es un cuestionario de autoinforme que evalúa la tendencia general a preocuparse. Está compuesto por 16 ítems en una escala de autoadscripción del ítem de cinco puntos (1 "Nada típico en mí" a 5 "Muy típico en mí"). La versión española (Sandín, Chorot, Valiente y Lostao, 2009) ha mostrado en este trabajo una elevada consistencia interna (puntuación total: $\alpha = 0,85$).
- d) "Inventario de obsesiones y compulsiones revisado" (*Obsessive-Compulsive Inventory-Revised*, OCI-R; Foa et al., 2002; versión española de Belloch et al., 2013). El OCI-R es un inventario que evalúa el malestar asociado a los síntomas obsesivos compulsivos. Está compuesto por 18 ítems valorados en una escala de respuesta tipo Likert de cinco puntos. Consta de una puntuación total y 6 factores (Lavado, Obsesiones, Acumulación, Orden, Comprobación y Neutralización). El instrumento ha obtenido una consistencia interna adecuada en el presente trabajo (puntuación total: $\alpha = 0,76$).
- e) "Escala de depresión, ansiedad y estrés" (*Depression, Anxiety and Stress Scale*, DASS-21; Lovibond y Lovibond, 1995). Esta escala fue diseñada para evaluar la gravedad de los principales síntomas de depresión, ansiedad y estrés. Está compuesta por 21 ítems que se responden en una escala tipo Likert (0= "Nunca/Nunca lo sentí" a 3= "Casi todo el tiempo"). La versión española del instrumento (Bados, Solana y Andrés, 2005) ha mostrado una buena consistencia interna en esta muestra con valores entre $\alpha = 0,87$ (escala de depresión) y $\alpha = 0,74$ (escala de ansiedad). Únicamente se van a emplear las escalas de depresión y ansiedad.

Procedimiento

Para reclutar a la muestra del estudio 2, se ofreció participar en una investigación a los estudiantes de 1º de Criminología de la Universidad de Valencia.

Los alumnos interesados completaron un protocolo de instrumentos, en orden contrabalanceado, que incluía los autoinformes descritos anteriormente (INPIE-R, IW, PSWQ, OCI-R y DASS-21), junto a una hoja de datos personales y el consentimiento informado para participar en la investigación. El protocolo y procedimiento fueron aprobados por la Comisión de Ética en Investigación Experimental de la Universidad, ya que el estudio forma parte de un proyecto más amplio de investigación.

Análisis de datos

Para realizar los análisis estadísticos se utilizó el programa estadístico SPSS para Windows v. 20 (IBM Corp. Released, 2011). Se analizaron a nivel de ítems los estadísticos de tendencia central (media) y dispersión (desviación típica). En algunos casos se exploraron los datos por medio de frecuencias y porcentajes.

Para analizar si existía asociación entre diversas variables se llevaron a cabo análisis de correlación con el coeficiente de correlación de Pearson. Se utilizó la transformación Z de Fisher para examinar las diferencias entre pares de correlaciones.

Resultados

Estadísticos descriptivos

El análisis del INPIE-R-parte 1 muestra que todos los ítems y, por tanto, todos los PIEs fueron experimentados por alguna persona a lo largo de su vida. Además, todos los participantes indicaron haber experimentado a lo largo de su vida pensamientos intrusos sobre enfermedad, concretamente, informaron haber experimentado como media 32,71 ($DT= 27,41$) pensamientos intrusos diferentes a lo largo de su vida. La frecuencia con que se experimentaron estos pensamientos intrusos fueron bajas (tabla 6), entre una o dos veces en la vida y varias veces al año, siendo los PIEs espontáneos o aquellos desencadenados por pequeñas molestias los más frecuentemente experimentados (factor 1).

Del total de los participantes, el 51,79% indicó haber experimentado un PIE molesto en los últimos tres meses, por ello, únicamente estos participantes completaron el INPIE-R Parte 2. La frecuencia media de los ítems seleccionados como el más molesto fue de 2,24 ($DT= 1,38$). El PIE más molesto generó una baja interferencia, reacciones emocionales bajas y valoraciones poco disfuncionales. Por otro lado, las estrategias de control para hacer frente al PIE más molesto que se emplearon más frecuentemente fueron las estrategias generales de control de los pensamientos (tabla 6).

Validez convergente y divergente del INPIE-R

Se realizaron correlaciones de Pearson entre la frecuencia de los pensamientos intrusos (INPIE-R Parte 1) y con medidas de hipocondría, preocupación ansiosa, síntomas obsesivo compulsivos, de estrés, depresión y

ansiedad (tabla 6). La frecuencia total de PIE (puntuación total del INPIE-R Parte 1), así como la frecuencia de PIE desencadenados de forma espontánea/pequeñas molestias (factor 1) o ante la presencia de síntomas físicos o de información sobre la enfermedad (factor 4) mostraron correlaciones significativas y positivas con todas las medidas de psicopatología a excepción de con la sintomatología obsesivo compulsiva. La frecuencia de los PIE desconfianza ante las explicaciones/pruebas médicas (factor 2) y de los PIE seres queridos (factor 3) se asociaron con los síntomas de ansiedad y depresión (DASS-21), aunque únicamente alcanzaron la significación estadística las asociaciones con la sintomatología depresiva. Y, finalmente, la frecuencia de los PIE sobre la muerte (factor 5) mostró una relación significativa con la sintomatología hipocondríaca (Índice Whiteley).

A continuación, se comparó estadísticamente el tamaño de las correlaciones obtenidas y, específicamente, se observó que tanto la frecuencia total del INPIE-R Parte 1 ($p= 0,03$) como la frecuencia de los PIE desencadenados ante la presencia de síntomas físicos o de información sobre la enfermedad (factor 4) ($p= 0,02$) mantenían asociaciones significativamente más elevadas con los síntomas hipocondríacos (IW) que con la tendencia a preocuparse (PSWQ).

En cuanto a las reacciones emocionales, la interferencia y las valoraciones disfuncionales del PIE más molesto (INPIE-parte 2), los tres factores de esta parte mostraron correlaciones significativas y elevadas con la tendencia a preocuparse y la sintomatología ansiosa y depresiva. Únicamente, las valoraciones disfuncionales se asociaron de forma significativa con los síntomas hipocondríacos. Respecto a las estrategias de control utilizadas ante el PIE más molesto, se observaron correlaciones significativas y elevadas entre las estrategias generales de control de los pensamientos y la tendencia a preocuparse. Las estrategias relacionadas con la salud mostraron correlaciones entre moderadas y altas con todas las variables psicopatológicas, exceptuando la sintomatología obsesivo compulsiva.

Discusión

Los resultados de este estudio sugieren que los contenidos típicos de las preocupaciones y miedos hipocondríacos operativizados como pensamientos intrusos son, en términos generales, poco frecuentes entre los estudiantes universitarios, como cabía esperar de una población no clínica y joven. No obstante, cuando se analiza el pensamiento intruso más molesto, es decir, el más cercano al significado clínico, la frecuencia de ese pensamiento es mayor, entre alguna vez al año y mensualmente. Estas frecuencias medias son semejantes a las observadas en población general respecto a los pensamientos intrusos con contenido obsesivo y alimentario (Belloch, Roncero y Perpiñá, 2016; García-Soriano, Belloch, Morillo y Clark, 2011).

Se ha encontrado también que el contenido de los pensamientos intrusos que resultan más molestos está relacionado con la muerte y la posibilidad de padecer o desarrollar una enfermedad grave, lo que es consistente con los resultados encontrados por otros autores en pacientes diagnosticados de hipocondría, que informan de la presencia de imágenes intrusas relacionadas, principalmente, con los temas de muerte y enfermedad (Muse *et al.*, 2010; Wells *et al.*, 1993).

Ahora bien, dado que estamos hablando de población general universitaria, aunque algunos pensamientos intrusos relacionados con la enfermedad son considerados como más molestos, se ha observado que los individuos no los valoran de manera disfuncional y no experimentan reacciones emocionales negativas ante su presencia. Además, las personas valoran que son capaces de controlarlos y que no les interfieren excesivamente. No obstante, a pesar de ello, se ha observado también que siempre emplean alguna o varias estrategias para controlar el pensamiento intruso, siendo las más frecuentemente empleadas las de control de los pensamientos. Estos resultados son consistentes con los obtenidos en otros estudios en los que se ha analizado la forma en la que la población general valora sus pensamientos intrusos obsesivos (García-Soriano y Belloch, 2013; Moulding *et al.*, 2014; Purdon y Clark, 1994).

Por otro lado, el análisis de las asociaciones entre el INPIE-R y diferentes variables psicopatológicas, apoya la validez convergente y discriminante del cuestionario y permite ofrecer los primeros datos sobre el papel que pudiera tener, a nivel psicopatológico, experimentar pensamientos intrusos sobre la enfermedad. En este sentido, se ha observado que la frecuencia con la que se experimentan los pensamientos intrusos se relaciona, en mayor medida, con los síntomas hipocondríacos que con las preocupaciones y los síntomas obsesivo compulsivos. Estos resultados sugieren que lo que está evaluando el INPIE-R son cogniciones intrusas negativas sobre el estado de salud y la enfermedad diferentes a las preocupaciones ansiosas y a los síntomas obsesivo compulsivos. También hemos constatado que la frecuencia de los pensamientos intrusos se relaciona, especialmente, con la sintomatología depresiva y ansiosa, lo que sugiere que experimentar pensamientos intrusos con elevada frecuencia podría ser una variable de vulnerabilidad para desarrollar síntomas emocionales. Además, está ampliamente documentado que la sintomatología ansiosa y depresiva general (que es lo que evalúan los instrumentos del estudio), están presentes en una gran mayoría de trastornos incluyendo la hipocondría y tienen, en este sentido, valor transdiagnóstico. No obstante, hay dos factores del INPIE-parte 1 (PIE sobre la desconfianza hacia el diagnóstico médico y PIE en relación a la enfermedad de seres queridos) que no tienen una relación significativa con ninguna de las variables psicopatológicas evaluadas. Esto puede deberse al efecto suelo de la frecuencia con la que se experimentan estos pensamientos intrusos en la muestra del estudio. Nuestros resultados sugieren que cuando se produce un mayor malestar, interferencia y una peor valoración asociados al PIE seleccionado como el más molesto, también se experimentan más síntomas psicopatológicos. Concretamente una mayor tendencia a preocuparse y síntomas emocionales. Además, la tendencia a valorar de forma disfuncional el PIE más molesto, se asocia a mayores síntomas hipocondríacos, lo que avala la validez convergente del INPIE.

Finalmente, resulta llamativo que la utilización de estrategias generales de control de los pensamientos intrusos no se asocie con la sintomatología OC y sí con la tendencia a preocuparse, los síntomas de ansiedad y de depresión. Por otro lado, la utilización de las estrategias más específicamente relacionadas con la salud, se asocia, tanto con las variables emocionales mencionadas como con la sintomatología hipocondríaca. Tomados en conjunto estos resultados avalan que

lo que está evaluando el nuevo instrumento son pensamientos intrusos más cercanos a la hipocondría que al TOC.

Por último, existen una serie de limitaciones que deben tenerse en cuenta. En primer lugar, en el presente estudio se utilizaron medidas de auto-informe como método de evaluación, por lo que no se puede asegurar la ausencia de sesgos en las respuestas de los participantes. Además, en futuros estudios será necesario estudiar la estabilidad temporal del nuevo instrumento. Por otro lado, la muestra utilizada estuvo exclusivamente formada por estudiantes universitarios, en su mayoría mujeres, lo que limita la generalización de los resultados obtenidos a la población general no clínica. Por último, la muestra del segundo estudio era reducida, por lo que, en futuros estudios también será necesario ampliar el tamaño de la muestra y su representatividad a la hora de analizar la relación entre los pensamientos intrusos y las variables psicopatológicas, además de utilizar población clínica.

Conclusión

El INPIE-R es un instrumento de autoinforme que permite evaluar de manera fiable pensamientos intrusos específicos sobre la enfermedad. Los datos muestran que estos pensamientos intrusos son experimentados por una amplia mayoría de la población estudiada, aunque con una frecuencia baja. Es razonable suponer que, debido a esta baja frecuencia y, posiblemente, a la edad de los participantes, estos pensamientos intrusos no generan reacciones emocionales excesivamente negativas, ni interfieren demasiado, ni se valoran de forma muy disfuncional. No obstante, es importante señalar que las personas siempre “*hacen algo*” para controlar el pensamiento. Por otro lado, es importante resaltar que la frecuencia con la que se experimentan los pensamientos intrusos sobre la enfermedad se asocia en especial a los síntomas hipocondríacos. Este estudio apoya el papel de los pensamientos intrusos como variable transdiagnóstica y sugiere la relevancia de los pensamientos intrusos sobre la enfermedad como factor de vulnerabilidad para el desarrollo de la hipocondría. Por todo ello, resulta relevante seguir esta línea de trabajo y ampliarla con muestras de población comunitaria y clínica.

Referencias

- Arnáez, S., García-Soriano, G. y Belloch, A. (2015). Contenidos obsesivos, miedo a la enfermedad y asco. *Revista de Psicopatología y Psicología clínica*, 20, 33-40.
- Avia, MD. (1993). *Hipocondría*. Barcelona: Martínez Roca.
- Bados, A., Solanas, A. y Andrés, R. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS). *Psicothema*, 17, 679-683.
- Belloch, A. (2012). Propuestas para un enfoque transdiagnóstico de los trastornos mentales y del comportamiento: evidencia, utilidad y limitaciones. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17, 295-311.
- Belloch, A., Roncero, M., & Perpiñá, C. (2016). Obsessional and eating disorder related intrusive thoughts: differences and similarities within and between individuals vulnerable to OCD or to EDs. *European Eating Disorders Review*, 24, 446-454.

- Belloch, A., Roncero, M., García-Soriano, G., Carrió, C., Cabedo, E. y Fernández-Álvarez, H. (2013). The Spanish version of the Obsessive-Compulsive Inventory-Revised (OCI-R): reliability, validity, diagnostic accuracy, and sensitivity to treatment effects in clinical samples. *Journal of Obsessive-Compulsive and related Disorders*, 2, 249-256.
- Blom, R. M., Hagestein de Bruijn, C., de Graaf, R., ten Have, M. y Denys, D. A. (2011). Obsessions in normality and psychopathology. *Depression and Anxiety*, 28, 870-875.
- Clark, D. A., Abramowitz, J., Alcolado, G. M., Alonso, P., Belloch, A., Bouvard, M., Coles, M., Doron, G., Fernández-Álvarez, H., García-Soriano, G., Ghisi, M., Gómez, B., Inozu, M., Moulding, R., Radomsky, A., Shams, G., Sica, C., Simos, G. y Wong, W. (2014). Part 3. A question of perspective: the association between intrusive thoughts and obsessionalism in 11 countries. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3, 292-299.
- Davey, G. C. L. y Bond, N. (2006). Using controlled comparisons in disgust psychopathology research: the case of disgust, hypochondriasis and health anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 37(1), 4-15.
- Ehlers, A., Hackmann, A., Steil, R., Clohessy, S., Wenninger, K. y Winter, H. (2002). The nature of intrusive memories after trauma: the warning signal hypothesis. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 995-1002.
- Engelhard, I. M., van den Hout, M. A., Arntz, A. y McNally, R. J. (2002). A longitudinal study of "intrusion-based reasoning" and posttraumatic stress disorder after exposure to a train disaster. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 1415-1424.
- Foa, E. B., Huppert, J. D., Leiberg, S., Langner, R., Kichic, R., Hajcak, G. y Salkovskis, P. M. (2002). The Obsessive-Compulsive Inventory: development and validation of a short version. *Psychological Assessment*, 14, 485.
- García-Soriano, G. (2008). *Obsessional Intrusive Thoughts Inventory (INPIOS)*. Disponible en PsycTESTS.
- García-Soriano, G. y Belloch, A. (2013). Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: differences in distress, interference, appraisals and neutralizing strategies. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 44, 441-448.
- García-Soriano, G., Belloch, A., Morillo, C. y Clark, D.A. (2011). Symptom dimensions in obsessive-compulsive disorder: from normal cognitive intrusions to clinical obsessions. *Journal of Anxiety Disorders*, 25, 474-482.
- García-Soriano, G., Roncero, M., Perpiñá, C. y Belloch, A. (2014) Intrusive thoughts in obsessive-compulsive disorder and eating disorder patients: a differential analysis. *European Eating Disorders Review*, 22, 191-199.
- Giraldo-O'Meara, M., Fornés, G. y Belloch, A. (2015, November). *Intrusive appearance-related thoughts in Spanish non-clinical subjects*. Póster presentado en 49th ABCT Annual Convention, Chicago, Estados Unidos.
- Harvey, A. G. y Payne, S. (2002). The management of unwanted pre-sleep thoughts in insomnia: distraction with imagery versus general distraction. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 267-277.
- IBM Corp. Released (2011). IBM SPSS Statistics for Windows, Version 20.0 [programa de ordenador]. Armonk, NY: IBM Corp.
- Keeley, M., y Storch, E. A. (2008). Etiología, evaluación y tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo en niños y adolescentes. *Behavioral Psychology/Psicología conductual*, 535-551.
- Kollei, I., Bruhober, S., Rauh, E., de Zwaan, M. & Martin, A. (2012). Body Image, emotions and thought control strategies in body dysmorphic disorder compared to eating disorders and healthy controls. *Journal of Psychosomatic Research*, 72, 321-327.
- Langlois, F., Ladouceur, R., Patrick, G. y Freeston, M. H. (2004). Characteristics of illness intrusions in a non-clinical sample. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 683-696.

- López-Santiago, J. y Belloch, A. (2012). El laberinto de la somatización: se buscan salidas. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17, 151-172.
- Lovibond, P. F. y Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 335-343.
- Meyer, T. J., Miller, M. L., Metzger, R. L. y Borkovec, T. D. (1990). Development and validation of the Penn State Worry Questionnaire. *Behaviour Research and Therapy*, 28, 487-495.
- Moulding, R., Coles, M. E., Abramowitz, J. S., Alcolado, G. M., Alonso, P., Belloch, A., Bouvard, M., Clark, D. a., Doron, G., Fernández-Álvarez, H., García-Soriano, G., Ghisi, M., Gómez, B., Inozu, M., Radomsky, A., Shams, G., Sica, C., Simos, G. y Wong, W. (2014). Part 2. They scare because we care: the relationship between obsessive intrusive thoughts and appraisals and control strategies across 15 cities. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3, 280-291.
- Muse, K., McManus, F., Hackmann, A., Williams, M. y Williams, M. (2010). Intrusive imagery in severe health anxiety: Prevalence, nature and links with memories and maintenance cycles. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 792-798.
- Perpiñá, C., Roncero, M. y Belloch, A. (2008). Eating-related intrusions in a community sample: development and validation of the eating-related intrusive thoughts INPIAS. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 13, 137-158.
- Pilowsky, I., Spence, N., Cobb, J. y Katsikitis, M. (1984). The Illness Behavior Questionnaire as an aid to clinical assessment. *General Hospital Psychiatry*, 6, 123-130.
- Purdon, C. y Clark, D. A. (1994). Obsessive intrusive thoughts in nonclinical subjects. 2. cognitive appraisal, emotional response and thought control strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 403-410.
- Rachman, S. (1981). Part I. Unwanted intrusive cognitions. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 3, 89-99.
- Rachman, S. (1997). A cognitive theory of obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 793-802.
- Rachman, S. y de Silva, P. (1978). Abnormal and normal obsessions. *Behaviour Research and Therapy*, 16, 233-248.
- Rachman, S. y Hodgson, R. (1980). *Obsessions and compulsions*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Radomsky, A. S., Alcolado, G. M., Abramowitz, J. S., Alonso, P., Belloch, A., Bouvard, M., Clark, D. a., Coles, M., Doron, G., Fernández-Álvarez, H., García-Soriano, G., Ghisi, M., Gómez, B., Inozu, M., Moulding, R., Shams, G., Sica, C., Simos, G. y Wong, W. (2014). Part 1—You can run but you can't hide: Intrusive thoughts on six continents. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3, 269-279.
- Salkovskis, P. M. (1985). Obsessional-compulsive problems - a cognitive-behavioral analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 23, 571-583.
- Sandín, B. y Chorot, P. (1991). *Adaptación española del Penn State Worry Questionnaire*. Madrid: UNED.
- Schubert, J. R. y Coles, M. E. (2013). Obsessive-compulsive symptoms and characteristics in individuals with delayed sleep phase disorder. *The Journal of nervous and mental disease*, 201, 877-884.
- Thorpe, S. J., Barnett, J., Friend, K. y Nottingham, K. (2011). The mediating roles of disgust sensitivity and danger expectancy in relation to hand washing behaviour. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39, 175-190.
- Wells, A. y Hackmann, A. (1993). Imagery and core beliefs in health anxiety: content and origins. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 21, 265-273.

Wilhelm, S., Phillips, K.A. y Steketee, G. (2013). *Cognitive-behavioral therapy for body dysmorphic disorder: a treatment manual*. Nueva York, NY: Guilford.

RECIBIDO: 13 de junio de 2016

ACEPTADO: 13 de octubre de 2016