

## Validación de la escala del modelo de creencias en salud para la ansiedad generalizada en adultos mexicanos de población general

### Validation of the health belief model scale for generalized anxiety in Mexican adult of general population

Samantha, Bernal-Ávila <sup>a</sup> & Flor M. E. Gil-Bernal <sup>b</sup>

#### Abstract:

According to the literature review, there are theoretical models that explain the presence of anxiety in people. These explanations agree that beliefs regarding control and the perception of vulnerability to worry seem to play an important role in the onset and maintenance of generalized anxiety. Perceiving oneself capable of modifying these concerns facilitates change and taking action in the face of worrying situations in everyday life. The Health Belief Model (MCS) has been one of the most widely used conceptual frameworks to explain the change and maintenance of behaviors related to different health situations and to develop scales that allow identifying beliefs related to the problem in question. However, there are no scales based on this generalized anxiety model, so this research aimed to construct and validate a scale with these characteristics. The construction of the items was carried out based on the dimensions that make up the MCS, and subsequently, validation by judges was carried out. Scales of anxiety, depression, life satisfaction, and self-efficacy were applied to establish the convergent and discriminant validity of the scale. Finally, an Exploratory Factor Analysis was carried out, from which 24 Likert-type scale items were obtained that were grouped into 5 dimensions, explaining 58.6% of the total variance and with a total Cronbach's alpha of .803.

#### Keywords:

Generalized anxiety disorder, scale, health belief model, validation, factor analysis

#### Resumen:

De acuerdo con la revisión de la literatura, existen modelos teóricos que explican la presencia de ansiedad en las personas. Estas explicaciones coinciden en que las creencias respecto al control y a la percepción de vulnerabilidad ante la preocupación, parecen jugar un rol importante en el inicio y mantenimiento de la ansiedad generalizada. Percibirse a sí mismos capaces de modificar esas preocupaciones facilita el cambio y la toma de acción ante situaciones preocupantes de la vida cotidiana. El Modelo de Creencias en Salud (MCS) ha sido uno de los marcos conceptuales más extensamente utilizados para explicar el cambio y mantenimiento de conductas relacionadas con distintas situaciones de salud y desarrollar escalas que permitan identificar las creencias relacionadas con el problema en cuestión, sin embargo, no existen escalas basadas en este modelo para la ansiedad generalizada por lo que el propósito de la presente investigación fue la construcción y validación de una escala con estas características. Se llevó a cabo la construcción de los reactivos a partir de las dimensiones que componen el MCS y posteriormente se realizó la validación por jueces. Se aplicaron escalas de ansiedad, depresión, satisfacción con la vida, y autoeficacia para establecer la validez convergente y discriminante de la escala. Finalmente se realizó un Análisis Factorial Exploratorio de la que se obtuvieron 24 reactivos en escala tipo likert que se agruparon en 5 dimensiones, explicando el 58.6% de la varianza total y con una alpha de Cronbach total de .803.

#### Palabras Clave:

Ansiedad generalizada, escala, modelo de creencias en salud, validación, análisis factorial

### INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (2017) el 3.6% de la población a nivel mundial tiene un trastorno de ansiedad y para el 2030, junto con la depresión, será uno de los problemas de salud más discapacitantes en todo el mundo, volviéndose uno

de los principales retos en salud pública debido a los altos costos económicos y sociales que ocasionan.

Hasta el 2019 en América se estiman 57.22 millones de adultos con este padecimiento y según el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) mediante la Encuesta Nacional de los Hogares (ENH) para el mismo año, arrojó que el 47.8% de los mexicanos de entre 30 y 49 años de edad habían reportado

<sup>a</sup> Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, <https://orcid.org/0009-0008-9758-4909>, Email: [be223093@uaeh.edu.mx](mailto:be223093@uaeh.edu.mx)

<sup>b</sup> Corresponding author, Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, <https://orcid.org/0000-0001-7756-3125>, Email: [flor\\_gilbernal@uaeh.edu.mx](mailto:flor_gilbernal@uaeh.edu.mx)

tener algún síntoma relacionado con la ansiedad (preocupación/nerviosismo). Esta misma encuesta reportó que para el Estado de Hidalgo, en el mismo rango de edad, el 57.2% mencionó haberse sentido preocupado o nervioso. Según la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD por sus siglas en inglés), en el 2014 los problemas de salud mental en México (incluido el trastorno de ansiedad) tuvieron un costo social elevado, contribuyeron al desempleo, al ausentismo por enfermedad y a la pérdida de productividad en el trabajo, además de resaltar que las personas con enfermedades mentales severas mueren de 20 a 30 años más jóvenes.

La ansiedad es considerada un trastorno crónico, incapacitante o que atenta contra la integridad física de quienes la padecen. De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM) el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se caracteriza por una preocupación excesiva y nerviosismo intensos, incluso cuando hay poca o ninguna razón para preocuparse. Por lo general este trastorno involucra una sensación persistente de miedo que interfiere con la vida cotidiana (Jerez et al., 2016).

Con la declaración de la emergencia sanitaria por COVID 19 en enero del 2020, el mundo entero se vio obligado a llevar a cabo un protocolo de confinamiento. En México se extendió por 737 días impactando de forma considerable la salud física y psicológica de los ciudadanos, por lo que las condiciones de vida cambiaron drásticamente, generando un incremento en la prevalencia de los padecimientos mentales hasta de un 48% para la población de adultos mexicanos.

Existen diferentes propuestas explicativas sobre cómo comienzan los principales síntomas de ansiedad desde una perspectiva emocional e incorporando los procesos cognitivos que producen la activación fisiológica típica del padecimiento y cómo estos procesos a su vez son los encargados de mantener dichos síntomas.

Entre los principales modelos destacan el *Modelo de la aprensión ansiosa* de Barlow (1988) quien refiere que ésta inicia cuando el individuo percibe una situación que evoca la ansiedad y que se ha almacenado en la memoria a largo plazo. En consecuencia se desencadena un estado de ánimo con un elevado afecto negativo cuya principal característica es una emoción difusa dominada por sensaciones de predictibilidad, incontrolabilidad, incapacidad y una activación del estado fisiológico. Que trae consigo un cambio atencional que lleva al sujeto a centrarse en sí mismo y a realizar auto evaluaciones, usualmente negativas, lo que aumentará a su vez, su activación (arousal) de manera crónica, dando lugar finalmente a un estrechamiento atencional del individuo y conduciendo a un estado de hipervigilancia.

Paralelamente se activa un esquema cognitivo aprensivo en el que aumenta la percepción de amenaza a la vez que disminuye su percepción de control, percibiéndose a sí mismo como incapaz de afrontar dicha situación.

Por otra parte, Borkovec (1994) desarrolló el *Modelo de la Evitación Cognitiva* que distingue dos componentes de la vulnerabilidad psicológica: la percepción de la amenaza generalizada y la sensación de incapacidad para afrontar los eventos amenazantes. En este modelo la preocupación supone una motivación de la necesidad de actuar frente a la amenaza percibida y así encontrar una solución al problema, de tal modo que esta preocupación se vuelve patológica cuando al preocuparse recupera con facilidad aquellas imágenes aversivas que paradójicamente desea evitar. Al mismo tiempo ocurre una activación fisiológica y se fomenta la creación de un círculo vicioso donde se favorece la aparición de imágenes ansiógenas. Durante la preocupación patológica ocurre una respuesta de evitación cognitiva interna (Koerner & McEvoy, 2020).

Esta respuesta según Borkovec (1984) está compuesta por una serie de pensamientos incontrolables sobre cómo afrontar amenazas futuras. Estas ideas tienen implícita la creencia sobre los beneficios acerca del hecho de preocuparse, es decir, el sujeto piensa que al preocuparse disminuirán las probabilidades de que suceda lo temido e incluso que ayudará a prevenir o a solucionar el problema de una mejor manera. Según este modelo, la preocupación patológica permanecerá presente ya que será seguida de un reforzamiento negativo percibido por el sujeto, al no cumplirse ninguna de las amenazas.

Por su parte Wells (2006) propone un *Modelo Metacognitivo de la preocupación* en el que menciona que la preocupación patológica surge en un principio por la formación y mantenimiento de creencias metacognitivas positivas referidas al mismo proceso de preocupación. Cognitivamente el sujeto piensa “entre más me preocupe mejor me irá”. Este modelo postula que existe un segundo tipo de meta-cogniciones a las que denominó meta-preocupaciones, es decir: “preocuparse de estar preocupado”. El sujeto al darse cuenta de su preocupación incontrolable, la percibe como peligrosa, como si fuera a pasarle algo por estar preocupado y en consecuencia trata de evitar preocuparse.

Dugas et al. (1998) proponen un *Modelo de intolerancia a la incertidumbre* en el que se establece una relación directa entre el origen y el mantenimiento de la preocupación excesiva con la intolerancia a la incertidumbre, la cual está concebida como un constructo que representa reacciones conductuales, cognitivas y emocionales negativas hacia los contextos y situaciones de incertidumbre. Este modelo conceptualiza la incertidumbre como una predisposición del individuo a reaccionar negativamente ante cualquier evento o situación incierta, que va más allá de si existe o no la probabilidad de ocurrencia y sus consecuencias asociadas.

La evaluación subjetiva juega un papel muy importante en la intolerancia a la incertidumbre. De esta evaluación depende si el sujeto se percibe a sí mismo como intolerante e incapaz. Entre más elevado sea el nivel de intolerancia a la incertidumbre, mayor será el número de reacciones, entre ellas una elevada activación emocional, hipervigilancia y un estado de evitación

cognitiva donde se suprimen las imágenes catastróficas y amenazantes (Díaz et al., 2016).

Davey (2006) señala en su *Modelo de la preocupación perseverativa inducida por el estado de ánimo*, que las personas conciben la preocupación patológica como un intento infructuoso de solución de problemas, y lo que las diferencia de las personas sin ansiedad es la baja confianza para resolverlos. En este modelo se menciona que esta baja autoconfianza y valoración positiva de las preocupaciones es la principal característica que define a la perseverancia cognitiva disfuncional. La cual se produce generalmente cuando el sujeto mentalmente produce un mayor número de posibles eventos negativos que pueden interferir con sus objetivos y metas personales en el futuro. La persona valora de forma positiva esta preocupación excesiva ya que realiza constantemente una evaluación sobre el cumplimiento de sus objetivos.

Al parecer, la intolerancia a la incertidumbre y la percepción del control sobre las situaciones preocupantes parecen ser desencadenantes de los procesos cognitivos responsables de los síntomas asociados a la ansiedad (González et al., 2006). Los elevados niveles de ansiedad indican un mal funcionamiento en el sistema cognitivo, el cual activa y desactiva las respuestas defensivas a la amenaza. La vulnerabilidad cognitiva apunta a ser una de las principales consecuencias de la ansiedad ya que se relaciona con la presencia de esquemas cognitivos relativos a la amenaza o al peligro en torno a la aceptación, la competencia y el control. Este tipo de pensamientos contiene un alto contenido desadaptativo que se presenta usualmente en situaciones que generan malestar significativo y que hacen a las personas disfuncionales al influir en que éstas focalicen su atención en situaciones de amenaza o daño (Bekhat & Neigh, 2018).

El Modelo de Creencias en Salud identifica las principales características psicológicas modificables que se asocian con la adopción de un comportamiento saludable. Considera las creencias individuales como un vínculo que une los factores externos, relativamente fijos e inmodificables con la probabilidad de ejecutar determinado comportamiento saludable (Becker & Maiman, 1995). Estas creencias hacen alusión a las evaluaciones que las personas hacen sobre los diferentes eventos, dichas evaluaciones determinan al final, que una conducta saludable resulte más o menos atractiva para la persona (San Pedro & Roales-Nieto, 2003). La percepción de severidad de un riesgo y de susceptibilidad personal son fundamentales para el modelo. Estos dos factores en conjunto determinan la percepción de la amenaza y de este constructo depende la probabilidad de la acción protectora.

De forma general el Modelo de Creencias en Salud otorga gran importancia al factor cognitivo y lo considera un factor predisponente para la adopción de hábitos saludables, en los que el comportamiento del sujeto es el resultado de los procesos mentales denominados *creencias individuales* en las que se asignan valores a las consecuencias de su acción. El modelo se forma en la valoración subjetiva de determinada *expectativa*,

por lo que, para la atención particular de la ansiedad, se basa en tres principales premisas (Conner & Norman, 2005):

1° la creencia que la ansiedad es un problema importante o grave como para que la persona considere su modificación.

2° la creencia que se tiene cierta vulnerabilidad ante la sintomatología ansiosa.

3° la creencia que las acciones ejecutadas durante la intervención producirán un beneficio a un coste personal aceptable. El Modelo de Creencias en Salud se basa en la valoración de la expectativa o deseo de las personas por evitar la enfermedad, así como la expectativa de que las acciones individuales prevendrán o mejoraran el proceso de la adquisición de hábitos saludables.

Con lo anterior, el objetivo de la presente investigación es generar un instrumento que permita evaluar las dimensiones del Modelo de Creencias en Salud en relación a los síntomas asociados a la ansiedad generalizada, debido a que de acuerdo con la revisión de la literatura, no existe una escala que mida creencias en salud para la ansiedad.

## MÉTODO

### *Participantes*

En el estudio participaron 1353 hombres ( $n= 508$ ) y mujeres ( $n= 841$ ) Con un rango de edad de entre 18 y 73 años ( $\bar{x}= 26$ ,  $DE= 9$ ), residentes el 67 % del Estado de Hidalgo, el 10% del Estado de México, el 6 % en la CDMX y el 17% restante de distintos estados de la República Mexicana.

El 71% de los participantes indicaron ser solteros, el 14% casados formalmente, 9% afirmó vivir en una unión libre, el 3 % dijo estar separado/divorciado, y solo el 1% de los participantes señaló estar en una relación de noviazgo y otro 1% ser viudo. En lo concerniente a la escolaridad de la muestra el 56% había estudiado o se encontraban estudiando una licenciatura o su equivalente, el 26% tenía como último grado de estudios el nivel medio superior o su equivalente, el 11% había realizado estudios de posgrado, el 4% mencionó tener sólo estudios de nivel básico, tales como primaria y/o secundaria.

El 48% de los participantes tenía como principal ocupación ser estudiante, el 17% empleado, un 6% docente/académico, 6% se dedicaba al ejercicio de su profesión, 6% ofrecía algún servicio belleza/salud o algún oficio, 5 % a las labores del hogar, 4% ventas/comercio, y un reducido porcentaje mencionó estar desempleado.

Para recolectar la muestra de participantes se utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia y bola de nieve, los participantes fueron reclutados mediante una invitación en redes sociales para participar en la investigación. La escala fue respondida mediante un formulario de Google.

### *Instrumentos*

Cuestionario de Variables Sociodemográficas (construido expresamente para la presente investigación). Se indagó sexo, edad, estado civil, lugar de residencia, ocupación y escolaridad.

Escala del Modelo de Creencias en Salud para la Ansiedad en adultos (EMCS-A, construida y validada expresamente para la presente investigación). Compuesta por 26 reactivos que evalúan severidad percibida, susceptibilidad percibida, beneficios obtenidos, barreras percibidas y autoeficacia. Presentados en una escala de respuesta tipo Likert de 5 puntos (1= totalmente en desacuerdo, 2= en desacuerdo, 3= ni en acuerdo ni en desacuerdo, 4= de acuerdo y 5= totalmente de acuerdo).

Escala de Satisfacción con la Vida (Diener, Emmons, Larsen & Griffin, 1985), hace una estimación los juicios globales de satisfacción de las personas con respecto a su vida, reporta una consistencia interna con un alfa Cronbach ( $\alpha = .84$ ) se usó la versión adaptada a población mexicana de Atienza, Balaguer y García-Merita (2000).

Escala de Autoeficacia General (Baessler & Schwarzer, 1996). Que evalúa el sentimiento de competencia personal para manejar de forma eficaz una gran variedad de situaciones estresantes en 10 reactivos con una forma de respuesta tipo Likert de 5 puntos (1= totalmente de acuerdo y 5= totalmente en desacuerdo), la escala cuenta con un alfa de Cronbach ( $\alpha = .83$ ) (Clavijo et al., 2020).

Inventario de Depresión de Beck (Beck et al., 1988). Hace una estimación de la gravedad de los síntomas de ansiedad en una persona y discriminar entre síntomas de ansiedad y depresión, con una buena consistencia interna ( $\alpha = .92$ ), utilizando la versión traducida, adaptada y estandarizada para población mexicana por Jurado et al. (1998). con una consistencia interna ( $\alpha = .87$ ).

Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE) (Spielberg & Díaz-Guerrero., 1975) está diseñado con la finalidad de medir y distinguir entre dos dimensiones de la ansiedad: Estado y rasgo, la primera hace referencia a las sensaciones subjetivas de tensión, aprehensión, nerviosismo y preocupación, experimentada por un individuo en un momento en particular, por el aumento del sistema nervioso autónomo que acompaña tales sensaciones. La escala de rasgo se describe cómo las diferencias individuales que permanecen relativamente estables a través del tiempo. La escala en conjunto posee una consistencia interna de ( $\alpha = .87$ ).

Inventario de Ansiedad de Beck (Beck et al., 1988). Instrumento conformado por 21 reactivos. Tiene como forma de respuesta una escala tipo Likert de cero a tres puntos, donde cero significa la ausencia del síntoma y tres su severidad máxima. La versión mexicana para adultos se caracteriza por una alta consistencia interna ( $\alpha = .83$ ), elevado coeficiente de confiabilidad test-retest ( $r = .75$ ) y una estructura factorial de cuatro componentes principales (Díaz-Barriga & Rangel, 2019).

## **Procedimiento**

### **Elaboración de los reactivos**

Posterior a la revisión de la bibliografía sobre el Modelo de Creencias en Salud (MCS) se establecieron los 5 factores que determinarían la escala lo cuales corresponden a los que conforman al MCS. A partir de estos 5 factores se elaboró una versión de 26 reactivos, haciendo uso de los siguientes criterios: los reactivos debían estar redactados en un lenguaje claro, sencillo, directo; evitando que los reactivos se pudieran interpretar de varias formas; se evitó el uso de palabras de contenido absoluto ya que su uso favorece la ambigüedad del reactivo (Nunnally & Bernstein, 1995).

### **Validez de contenido**

Posterior a ello la escala fue revisada por 8 jueces expertos en el área clínica y psicométrica de la psicología. Se les pidió evaluar la pertinencia de los reactivos con base en distintos indicadores, tales como: relevancia, claridad y coherencia con el factor y la escala total. Para la realización de esta validación por jueces expertos se utilizó un formato de validación en el cual se describía el objetivo de la escala y en qué población se utilizaría. Se explicaban además tanto las dimensiones como los indicadores que medían cada reactivo de la escala.

Posteriormente se transformó la escala en un formulario de Google para su aplicación digital, llevándose a cabo un piloteo con 20 participantes quienes dieron retroalimentación respecto a la contestación, formato, redacción, tiempo y facilidad para contestar. Una vez atendidas las observaciones de la fase de piloteo, se llevó a cabo una aplicación en línea a 1353 hombres y mujeres mexicanos mayores de 18 años residentes de diferentes estados de la República Mexicana. Una vez construida la base de datos se realizaron los análisis estadísticos correspondientes para obtener la validez y confiabilidad de la escala.

### **Validez convergente y discriminante**

Se aplicaron la Escala del Modelo de Creencias en Salud para la Ansiedad (EMCS-A, Bernal-Ávila & Gil-Bernal) junto con el resto de las escalas de la batería aplicadas en su versión digital a través de Google Forms a 1,353 participantes adultos mexicanos a quienes se contactó por medio de distintas redes sociales (Facebook, Messenger y WhatsApp). Se les solicitó un consentimiento informado en que se les dio a conocer el propósito del estudio y las consideraciones éticas del mismo, así como la confidencialidad y protección de sus datos personales. Para determinar la validez convergente y discriminante de la EMCS-A se realizaron r de Pearson para conocer el grado de correlación entre éstas.

### **Validez de constructo y confiabilidad**

Una vez que se atendieron a las indicaciones de los jueces y al piloteo con los 20 participantes, con la versión ajustada se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio para determinar la estructura de la escala, así como sus dimensiones. Finalmente

se obtuvo el Alpha de Cronbach total de la escala y para cada dimensión de la misma.

## RESULTADOS

A partir del análisis cualitativo de los acuerdos y observaciones derivadas de la evaluación de los jueces, se encontró que la dimensión correspondiente a la susceptibilidad percibida no presentaba una correcta correspondencia entre la ansiedad y la definición de la dimensión. Los reactivos tenían que ser formulados a la probabilidad de desarrollar o padecer ansiedad generalizada y no a los síntomas específicos de la ansiedad. También se tuvo como observación que los ítems 2 y 4 de esta dimensión estaban redactados de forma muy general y podían interpretarse hacia cualquier aspecto, ya que no reflejaban la creencia del sujeto sobre la propia vulnerabilidad a enfermar, sino a la pérdida de control.

En las dimensiones de beneficios obtenidos y de barreras percibidas un par de reactivos debían ser ajustados en su redacción para hacer referencia a conductas específicas orientadas a la disminución de los síntomas asociados a la ansiedad generalizada. Sumado a esto se indicó que la redacción de algunos reactivos era muy similar entre ellos y podría prestarse a confusión, lo que resultó en una redacción más específica de los reactivos y así como a un reacomodo de los reactivos que por su redacción encajaban mejor en una dimensión diferente en la que estaban asignados

### Validez convergente y discriminante

Para conocer la validez convergente y discriminante se llevaron a cabo correlaciones r de Person, en dicho análisis se encontró que cada uno de los factores, así como los totales, correlacionaron de una forma estadísticamente significativa con las escalas de ansiedad y depresión, mientras que para la autoeficacia y satisfacción con la vida las correlaciones fueron estadísticamente significativas pero negativas.

**Tabla 1.**

*Correlaciones de Pearson*

EMCS-A	IA-E	IAE-R	BAI	BDI	EAE	ESV
<b>F1</b>	.061*	.058*	.054	.060*	-.112**	-.116**
<b>F2</b>	.215*	.216**	.190*	.205**	-.128**	-.095**
<b>F3</b>	.510*	.525**	.500*	.539**	-.490**	-.359**
<b>F4</b>	.386*	.409**	.396*	.405**	-.381**	-.299**
<b>F5</b>	.218*	.240**	.177*	.235**	-.301**	-.251**
<b>Total</b>	.531*	.547**	.504*	.550**	-.535**	-.415**

Nota: EMCS-A = Escala del Modelo de Creencias en Salud para la Ansiedad, IA-E = Inventario de Ansiedad-Estado, IA-R = Inventario de Ansiedad -Rasgo, BAI = Inventario de Ansiedad de Beck, BDI = Inventario de Depresión de Beck, EAE = Escala de Autoeficacia, ESV = Escala de Satisfacción con la Vida.

### Análisis factorial y confiabilidad

Una vez que la escala fue respondida por los participantes en el estudio, se dividió la muestra en dos grupos uno de alta y otro de baja puntuación, se utilizó el primer y tercer cuartil, para realizar prueba t de Student para muestras independientes para cada reactivo, lo que llevó a descartar el reactivo 26 al encontrarse que no discrimina. Posteriormente se llevó a cabo un Análisis Factorial Exploratorio, observándose en la tabla de comunalidades que el reactivo 12 disminuye la confiabilidad total de la escala, por lo que se eliminó. Finalmente se obtuvo un KMO de .904 (prueba de esfericidad de Bartlett,  $p < .000$ ). El modelo final quedó conformado por 24 reactivos agrupados en 5 factores que explican el 58.6 % de la varianza total, con un alfa de Cronbach de .803. Los factores fueron nombrados de la siguiente manera: *Beneficios obtenidos*, conformado por 5 reactivos y un  $\alpha = .829$ , que explica el 22.61 % de la varianza total. *Severidad percibida*, conformado por 5 reactivos y un  $\alpha = .849$ , que explica el 19.32% de la varianza total. *Susceptibilidad percibida*, conformado por 5 reactivos,  $\alpha = .859$ , y que explica el 6.17 % de la varianza total. *Barreras percibidas*, conformado por 5 reactivos,  $\alpha = .688$ , y que explica el 5.34% de la varianza total y finalmente *Autoeficacia*, conformado por 4 reactivos,  $\alpha = .700$ , que explica el 5.16 % de la varianza total (Ver Tabla 2).

**Tabla 2.**

*Factores y Alpha de Cronbach*

Factor	Alpha
1. Beneficios obtenidos	.829
2. Severidad Percibida	.849
3. Susceptibilidad percibida	.859
4. Barreras percibidas	.688
5. Autoeficacia	.700
<b>Total</b>	<b>.803</b>

**Tabla 3.**

*Factores, reactivos y peso factorial*

Factor	Reactivo	Peso factorial
I. Beneficios Obtenidos	12. Relajarme puede ayudarme a sentir menos ansiedad.	.816
	13. Atender al momento presente me ayuda a disminuir el malestar que me causa la incertidumbre	.795
II. Severidad Percibida	7. No poder controlar mi ansiedad es grave.	.782
	9. No poder relajarme es algo verdaderamente grave	.767
III. Susceptibilidad Percibida	2. No hay buena posibilidad de que mi preocupación excesiva me haga perder el control.	.817
	1. es probable que en el futuro no pueda controlar mi preocupación por tener un ataque de pánico.	.789
IV. Barreras percibidas	17. Creo que los ejercicios de respiración son difíciles de realizar.	.692

Factor	Reactivo	Peso factorial
V. Autoeficacia	19. Creo que preocuparme menos me va a ser más vulnerable.	.676
	24. Soy capaz de realizar ejercicios de relajación y/o respiración en el momento en el que siento ansiedad	.734
	25. Soy capaz de estar en una situación que me genera malestar sin sentir la necesidad de irme de esa situación	.688

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Con la finalidad de hacer una valoración de las intervenciones basadas en el MCS, ante la necesidad de un instrumento que permitiera evaluar los elementos que componen el modelo y su relación con las intervenciones, y dado que no se encontró en México un instrumento que posibilita la apreciación del modelo teórico antes mencionado, así como la relación de cada uno de sus elementos con la ansiedad generalizada, se desarrolló y validó un instrumento que permitiera llevar a cabo dicha tarea.

Con base en los componentes teóricos del MCS y utilizando otros instrumentos basados en dicho modelo, se construyeron 26 reactivos que atendían a los distintos factores del modelo. Una de las principales dificultades encontradas al momento de la realización estuvo relacionada con la redacción de los reactivos. En un primer momento esta redacción se realizó de forma muy general, por ejemplo: “*Es probable que evite hacer cosas que me generen malestar...*”. En este reactivo se sustituyó “malestar” por “preocupación excesiva” que sí corresponde con los síntomas asociados a un trastorno de ansiedad generalizada. Así mismo se prestó especial atención a que la redacción fuera clara y específica para que pudiera identificarse la relación entre cada factor y la ansiedad generalizada, cuidando que con esto no se indujera a las respuestas.

La composición de los reactivos fue uno de los principales procedimientos a los que se les prestó especial atención debido a la posibilidad de generar confusión entre estos. Se trató de redactar reactivos específicos para cada factor. Como se mencionó anteriormente, la dimensión de susceptibilidad percibida no presentaba reactivos correspondientes a la definición de la misma, por otra parte, la variabilidad y diferenciación entre los síntomas asociados a la ansiedad facilitó poder tener un número amplio de reactivos para conformar la escala y que al realizar las correcciones resultantes de la validación por jueces no se redujera considerablemente el número de reactivos.

A partir del análisis estadístico realizado para la escala se observó que el análisis factorial exploratorio (AFE) mostró que los 25 reactivos se agruparon en 5 factores, este análisis nos permitió explorar el número de variables latentes subyacentes a las observaciones realizadas con anterioridad, al realizar el análisis factorial confirmatorio los 5 factores expuestos desde un principio se mantuvieron, de tal forma que se permitió confirmar la estructura factorial del constructo. Por lo cual, este

análisis permitió determinar que los datos empíricos respaldan al modelo teórico utilizado para la construcción de la escala y así determinar que el instrumento construido cuenta con validez de constructo.

## REFERENCIAS

- Barlow, D. H. (2004). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. Guilford press.
- Bekbat, M., & Neigh, G. N. (2018). Sex differences in the neuro-immune consequences of stress: Focus on depression and anxiety. *Brain, behavior, and immunity*, 67, 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2017.02.006>
- Becker, M. H. & Maiman, L. A. (1995). Sociobehavioural determinants of compliance with health and medical care recommendations. *Medical Care*, 13, 10-24. <https://doi.org/10.1097/00005650-197501000-00002>
- Borkovec, T.D. (1994). “The nature, functions, and origins of worry. En G. Davey y F. Tallis (Eds.). *Worrying: Perspectives on theory, assessment and treatment*, pp. 5-33. Sussex, England: Wiley & Sons.
- Díaz, M. V., Medina, M. P. M., Pérez, M. M., & Blázquez, F. P. (2016). Modelos explicativos del trastorno por ansiedad generalizada y de la preocupación patológica. *Revista de Psicología GEPU*, 7(2), 156-167.
- Davey, G.C.L. (2006). A mood-as-input account of perseverative worrying. In Davey G. y Wells A. (Eds.). *Worry and Its Psychological Disorders: Theory, Assessment and Treatment*. England: Wiley.
- Dugas, M. J., Gagnon, F., Ladouceur, R., & Freeston, M. H. (1998). Generalized anxiety disorder: A preliminary test of a conceptual model. *Behaviour research and therapy*, 36(2), 215-226. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(97\)00070-3](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(97)00070-3)
- Conner, M., & Norman, P. (2005). *Predicting health behaviour*. McGraw-Hill Education (UK).
- Jerez, C., Lázaro, J. J., & Ullán, A. M. (2016). Evaluación de las escalas empleadas para determinar la ansiedad y el comportamiento del niño durante la inducción de la anestesia. Revisión de la literatura. *Revista Española de Anestesiología y Reanimación*, 63(2), 101-107. <https://doi.org/10.1016/j.redar.2015.05.007>
- Koerner, N., McEvoy, P., & Tallon, K. (2020). Cognitive-Behavioral Models of Generalized Anxiety Disorder (GAD) Toward a Synthesis. *Generalized Anxiety Disorder and Worrying: A Comprehensive*
- OECD. (2014). *Making mental health count: The social and economic costs of neglecting mental health care*.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Día Mundial de la Salud Mental 2017 – La salud mental en el lugar de trabajo*. Recuperado el 29 de marzo de 2019, de [http://www.who.int/mental\\_health/world-mental-health-day/2017/es/](http://www.who.int/mental_health/world-mental-health-day/2017/es/)
- San Pedro, E. M., & Roales-Nieto, J. G. (2003). El modelo de creencias de salud: revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. I: hacia un análisis funcional de las creencias en salud. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 3(1), 91-109. (San Pedro, Roales-Nieto, 2003)