

**UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN**  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
Escuela Profesional de Medicina Humana



*Una Institución Adventista*

**Niveles de cibercondría en el personal sanitario y sus factores  
asociados en la época de la COVID-19**

Tesis para obtener el Título Profesional de Médico Cirujano

**Autor:**

Hanny Vaz Storch

**Asesor:**

MC Juan Alberto Campos Silva

Lima, mayo de 2021

## DECLARACIÓN JURADA DE AUTORÍA DE TESIS

MC Juan Alberto Campos Silva, de la Facultad de Ciencias de la Salud , Escuela Profesional de Medicina Humana , de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que la presente investigación titulada: **“NIVELES DE CIBERCONDRIA EN EL PERSONAL SANITARIO Y SUS FACTORES ASOCIADOS EN LA ÉPOCA DE LA COVID-19”** constituye la memoria que presenta la Bachiller Hanny Vaz Storch para obtener el título de Profesional de Médico Cirujano, cuya tesis ha sido realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones en este informe son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución.

Y estando de acuerdo, firmo la presente declaración en la ciudad de Lima, a los 18 días del mes de mayo del año 2021



---

MC Juan Alberto Campos Silva

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En Lima, Ñaña, Villa Unión, a 13 día(s) del mes de Mayo del año 2021 siendo las 10:00 horas, se reunieron los miembros del jurado en la Universidad Peruana Unión Campus Lima, bajo la dirección del (de la) presidente(a): M.C. Luis Angel Rivera Quinto, el (la) secretario(a): Ma Catherine Alejandra Márquez Canales y los demás miembros: Mtro Luis Felipe Segura Chavez y el (la) asesor(a) M.C. Juan Alberto Campos Silva con el propósito de administrar el acto académico de sustentación de la tesis titulado: "Niveles de cibercondria en el personal sanitario y sus factores asociados en la época de la COVID-19" del(los) bachiller(es): a) Vaz Storch Manny

b)

c)

conducente a la obtención del título profesional de:

Medico Cirujano  
(Denominación del Título Profesional)

El Presidente inició el acto académico de sustentación invitando al (a la) / a (los) (las) candidato(a)s hacer uso del tiempo determinado para su exposición. Concluida la exposición, el Presidente invitó a los demás miembros del jurado a efectuar las preguntas, y aclaraciones pertinentes, las cuales fueron absueltas por al (a la) / a (los) (las) candidato(a)s. Luego, se produjo un receso para las deliberaciones y la emisión del dictamen del jurado. Posteriormente, el jurado procedió a dejar constancia escrita sobre la evaluación en la presente acta, con el dictamen siguiente:

Bachiller (a): Vaz Storch Manny

| CALIFICACIÓN    | ESCALAS   |           |                  | Mérito            |
|-----------------|-----------|-----------|------------------|-------------------|
|                 | Vigesimal | Literal   | Cualitativa      |                   |
| <u>Aprobado</u> | <u>20</u> | <u>A+</u> | <u>Excelente</u> | <u>Excelencia</u> |

Bachiller (b):

| CALIFICACIÓN | ESCALAS   |         |             | Mérito |
|--------------|-----------|---------|-------------|--------|
|              | Vigesimal | Literal | Cualitativa |        |
|              |           |         |             |        |

Bachiller (c):

| CALIFICACIÓN | ESCALAS   |         |             | Mérito |
|--------------|-----------|---------|-------------|--------|
|              | Vigesimal | Literal | Cualitativa |        |
|              |           |         |             |        |

(\* Ver parte posterior Esta sustentación fue realizada de manera virtual online sincrónica conforme al reglamento de Grados y Títulos

Finalmente, el Presidente del jurado invitó al (a la) / a (los) (las) candidato(a)s a ponerse de pie, para recibir la evaluación final y concluir el acto académico de sustentación procediéndose a registrar las firmas respectivas.

\_\_\_\_\_  
Presidente/a

[Firma]  
Secretario/a

\_\_\_\_\_  
Asesor/a

\_\_\_\_\_  
Miembro

\_\_\_\_\_  
Miembro

\_\_\_\_\_  
Bachiller (a)

\_\_\_\_\_  
Bachiller (b)

\_\_\_\_\_  
Bachiller (c)

## **DEDICATORIA**

A Dios, a mis padres Lília y Edinelson, y a mi querido hermano Victor Hugo por su apoyo incondicional.

Hanny Vaz Storch

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecer a Dios por este nuevo triunfo, gracias a todas las personas que me apoyaron y creyeron en la realización de esta investigación.

Agradecer de manera especial al Dr. Rodrigo Robles Mariños, por todo el apoyo brindado en la ejecución de este trabajo, sin su apoyo no hubiese sido posible.

## CONTENIDO

|  |           |
|--|-----------|
| DEDICATORIA .....                                      | 4         |
| AGRADECIMIENTOS.....                                   | 5         |
| RESUMEN .....  | 10        |
| ABSTRACT .....   | 12        |
| <br>   |           |
| <b>CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....</b>     | <b>13</b> |
| 1.1. Descripción del problema.....                     | 13        |
| 1.2. Formulación del problema.....                     | 15        |
| 1.3. Objetivos. ....                                   | 15        |
| 1.4. Hipótesis.....                                    | 15        |
| 1.5. Justificación.....                                | 15        |
| 1.4. Presuposición filosófica. ....                    | 16        |
| <br>   |           |
| <b>CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO .....</b>                | <b>19</b> |
| 2.1. Antecedentes .....                                | 19        |
| 2.2. Bases teóricas. ....                              | 21        |
| <br>   |           |
| <b>CAPÍTULO III. MATERIALES Y MÉTODOS .....</b>        | <b>30</b> |
| <br>   |           |
| <b>CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....</b>       | <b>35</b> |
| <br>   |           |
| <b>CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....</b> | <b>39</b> |

**REFERENCIAS** .....41

**ANEXOS** .....42

## Índice de tablas

|  |    |
|--|----|
| Tabla 1. Análisis univariado .....                       | 48 |
| Tabla 2. Análisis bivariado .....                        | 49 |
| Tabla 3a. Puntaje total crudo y ajustado .....           | 50 |
| Tabla 3b. Puntaje por dimensiones crudo y ajustado ..... | 51 |
| Tabla 3c. Puntaje por dimensiones crudo y ajustado ..... | 52 |

## Índice de figuras

|                            |    |
|----------------------------|----|
| Figura 1. Flujograma ..... | 47 |
|----------------------------|----|

## **Índice de anexos**

|  |    |
|--|----|
| Anexo 1. Instrumento de recolección de datos ..... | 53 |
| Anexo 2. Consentimiento informado .....            | 56 |

## RESUMEN

**OBJETIVO:** Determinar si existe diferencia en los niveles de cibercondría en el personal sanitario (médico y no médico) en Perú en el año de 2021. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio transversal analítico a través de datos recolectados por encuestas virtuales a 340 profesionales sanitarios de Perú en el año de 2021. Se utilizó datos sociodemográficos y la Escala de Severidad de la Cibercondría – 12 (CSS-12). Para el análisis se utilizó el intervalo de confianza de 95% y la Regresión Lineal para calcular los betas, crudos y ajustados. **RESULTADOS:** El promedio del puntaje de cibercondría fue de 26 puntos (DE 10,6). Se halló una asociación entre la cibercondría y la situación laboral, siendo el que no labora el que revela puntajes más elevados. Asimismo, se encontró una asociación entre la cibercondría y la profesión reportando niveles más altos en el personal técnico. No se presentó asociación con el sexo, edad, lugar de nacimiento, ni con estado civil. **CONCLUSIÓN:** El presente estudio se reportó que la situación laboral y la profesión se asocian a los niveles de cibercondría. Se requiere profundizar en el tema con estudios longitudinales.

**PALABRAS CLAVE:** *Cibercondría, ansiedad por la salud, Escala de Severidad de la Cibercondría, Personal sanitario*

## ABSTRACT

**AIM:** To determine whether there is a difference in the levels of cyberchondria in healthcare personnel (medical and non-medical) in Peru in the year 2021.

**METHODS:** An analytical cross-sectional study was conducted through data collected by virtual surveys of 340 healthcare professionals in Peru in the year 2021.

Sociodemographic data and the Cyberchondriasis Severity Scale - 12 (CSS-12) were used. For the analysis, the 95% confidence interval and Linear Regression were used to calculate the raw and adjusted betas. **RESULTS:** The mean

cyberchondria score was 26 points (SD 10.6). An association was found between cyberchondria and employment status, with the non-worker revealing higher scores.

Likewise, an association was found between cyberchondria and profession, with higher levels reported by technical personnel. There was no association with sex, age, place of birth, or marital status. **CONCLUSION:** The present study reported that

employment status and profession are associated with levels of cyberchondria.

Further longitudinal studies are needed.

**KEYWORDS:** Cyberchondria, health anxiety, Cyberchondria Severity Scale, Health care personnel.

## **Planteamiento del problema**

### **1.1. Descripción del problema**

La cibercondría es la búsqueda excesiva o repetida en internet de información relacionada con la salud, que está motivada por la necesidad de aliviar la angustia o la ansiedad por la salud (AS), pero que tiene como resultado, en cambio, su empeoramiento. (1) Asimismo, en el contexto de la pandemia por el nuevo coronavirus, SARS-CoV-2, causante de la enfermedad COVID-19, se ha incrementado las búsquedas sobre información médica. Esta pandemia es una emergencia de salud pública internacional sin precedentes en la historia moderna. Además del contexto biológico, y debido a los amplios y duraderos cambios en la vida cotidiana que puede provocar, afrontarla representa un reto para la resiliencia psicológica. Estudios anteriores han demostrado que las epidemias y los brotes de contaminación de enfermedades han ido seguidos de drásticas repercusiones psicosociales individuales y sociales, que acaban por ser más generalizadas que la propia epidemia. (2) Actualmente, debido a esta pandemia, se han observado altos niveles de ansiedad, estrés y depresión en la población en general. (3)

La ansiedad y la inseguridad pueden desencadenar una búsqueda compulsiva de información en las redes sociales que intensificará aún más estos síntomas, creando un círculo vicioso, conocido como de cibercondría, que es difícil de detener. (4) La cibercondría es un fenómeno reciente cuyas repercusiones aún no son muy claras. La búsqueda de información sobre salud por parte del público general ajeno a ella es un comportamiento que puede tener consecuencias más allá de la ansiedad, debido a los errores de evaluación que llevan a los sujetos a identificarse siempre con los

casos más graves. También estos hábitos podrían repercutir y retrasar la ayuda profesional porque las personas pueden considerarse capaces de realizar sus propios diagnósticos a partir de los resultados de las búsquedas. (5)

En un estudio realizado en Suiza, se halló que la media fue de 73 de 165 puntos (DE 22,98) posibles, utilizando la escala CSS. (6) Así como en Turquía que se empleó la escala CSS en estudiantes universitarios, se encontró un promedio de 75 de 165 puntos posibles. (DE 56,95). (7) La cibercondría no se ha encontrado asociada de manera significativa con el sexo, en un estudio previo llevado a cabo en Pakistán. (1) En Turquía se halló que la cibercondría estaba asociada con la edad, siendo mayor en los adultos que en los jóvenes. (8) En Croacia se encontró que los elevados niveles de cibercondría se mostraron asociados con conductas de evitación intensas. (9) En Alemania se evidenció que la cibercondría se correlacionaba positivamente con la ansiedad actual ante el virus SARS-CoV2, relación que era moderada adicionalmente por el rasgo de AS. (10) En Irán se encontró asociación entre el miedo a la COVID-19 y la cibercondría. (11) En un estudio multinacional asiático se demostró una asociación significativa entre la prevalencia de síntomas físicos y los resultados psicológicos entre los trabajadores sanitarios durante el brote de COVID-19. (12)

A pesar de la aparente gravedad y el impacto en la salud mental de la población, existen pocos estudios que examinan los niveles de cibercondría y sus factores asociados, más aún en el personal sanitario. Hasta el momento no hay estudios en Latinoamérica respecto al tema y la falta de evidencia limita la comprensión de esta condición y restringe la capacidad de planificar y garantizar servicios de tratamiento y prevención.

## **1.2 Formulación del problema**

¿Existe diferencia en los niveles de cibercondría según las diferentes profesiones sanitarias en la época de la COVID-19 en Perú, en el 2021?

## **1.3 Objetivos**

### **1.3.1 Objetivo general**

Determinar si existe diferencia en los niveles de cibercondría y sus factores asociados en el personal sanitario del Perú, en el año de 2021.

### **1.3.2 Objetivos específicos**

- Determinar los niveles de cibercondría según la profesión en el personal sanitario (médico o no médico) del Perú, en el año 2021.
- Evaluar las diferencias de los niveles de cibercondría según la profesión en el personal sanitario del Perú, en el año 2021.
- Evaluar las diferencias de los niveles de cibercondría según variables sociodemográficas (edad, sexo, estado civil, lugar de nacimiento, profesión, situación laboral) en el personal sanitario del Perú, en el año 2021.

## **1.4 Hipótesis**

Los médicos poseen niveles más bajos de cibercondría que los profesionales sanitarios no médicos en la época de la COVID-19 en Perú, en el 2021.

## **1.5 Justificación**

La cibercondría implica la búsqueda excesiva y repetitiva de información sobre temas de salud, en línea; pero, en vez de reducir la ansiedad, este comportamiento la incrementa, lo cual hace que esta condición no deba ser pasada por alto. (1) La pandemia de COVID-19 tiene el potencial de afectar significativamente a la salud mental de los trabajadores sanitarios, que están en primera línea de esta crisis. (13) Se han encontrado altas tasas de prevalencia de insomnio grave, ansiedad, depresión, somatización y síntomas obsesivo-compulsivos. (14) No obstante, aún existen limitados estudios sobre la cibercondría en el personal de salud. En el Perú no se han encontrado estudios al respecto. La falta de evidencia restringe la comprensión del personal sanitario sobre de este fenómeno. Por esto, el objetivo general del presente estudio fue determinar si existe diferencia en los niveles de cibercondría y sus factores asociados en el personal sanitario del Perú, en el año de 2021.

## **1.6 Presuposición filosófica**

Los profesionales de la salud han despertado un creciente interés por ampliar el enfoque de los resultados terapéuticos y asistenciales más allá del estado físico, eligiendo la calidad de vida como un constructor que engloba los estados subjetivos de satisfacción de las personas en su vida cotidiana. Esta actitud incorpora el principio de integralidad como dimensión del cuidado. Es importante que el elemento de integralidad se inserte en la conciencia crítica de los profesionales de la salud y de la comunidad, para que a partir de un contexto complejo y con el que están en constante interacción, posibiliten acciones transformadoras. Es evidente la necesidad de

percibir la integralidad como principio en varios niveles de discusiones y prácticas en el área de la salud, a partir de un nuevo paradigma preparado para escuchar, comprender y, a partir de ahí, atender las demandas y necesidades de las personas, grupos y colectividades.

Se debe buscar configurar un análisis de la integralidad de la atención a la salud como eje estructural de la necesidad de cambio desde la formación de las políticas públicas de salud, de los servicios, de sus prácticas y, finalmente, de los profesionales de la salud que pueden así defender un modelo de atención a la salud basado en el principio de integralidad para que la relación con el usuario/familia sea profesional - sujeto, en lugar de sólo profesional - diagnóstico.

Según la OMS, “la salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social y no consiste únicamente en la ausencia de afecciones o enfermedades”. Esta definición, de 1946, fue innovadora y ambiciosa porque, en lugar de ofrecer un concepto inadecuado de salud, amplió la noción para incluir aspectos físicos, mentales y sociales. La OMS define la salud mental como un estado de bienestar en el que el individuo percibe sus propias capacidades, puede lidiar con el estrés, puede trabajar de forma productiva y tiene la capacidad de aportar a su comunidad. (15) Al igual que la física, la salud mental es una parte integral y complementaria del mantenimiento de las funciones orgánicas. En este contexto, la promoción de la salud mental es esencial para que el individuo tenga la capacidad necesaria para desempeñar sus competencias personales y profesionales. El buen estado mental permite al hombre ejercer ampliamente sus derechos sociales y de ciudadanía. También garantiza las condiciones de interacción social para una vida familiar más armoniosa y segura.

Desafortunadamente, se sigue incrementando la prevalencia de enfermedades mentales. Nunca se ha buscado tanto los términos relacionados con los trastornos mentales como durante la pandemia del nuevo coronavirus. Datos facilitados por Google Trends indican un aumento del 98% de las búsquedas sobre el tema en 2020, en comparación con la media de los diez años anteriores. La pregunta "cómo afrontar la ansiedad", por ejemplo, batió un récord de interés en la última década. Con respecto a 2019, el crecimiento fue del 33%. Entre las tres preguntas más frecuentes en 2020 con la expresión "cómo lidiar", dos están relacionadas con la ansiedad y la depresión. También preguntas como ¿Qué es ser feliz? La actual definición de felicidad de acuerdo al diccionario de la Real Academia Española de la Lengua es "estado de grata satisfacción espiritual y física". La felicidad es un momento duradero de satisfacción, en el que el individuo se siente plenamente feliz y realizado, un momento en el que no hay sufrimiento alguno.

Invertir en estudios, en la prevención y el diagnóstico precoz de las enfermedades mentales es la mejor estrategia para frenar el avance del número de personas con trastornos mentales. Es importante ser consciente de los signos y síntomas persistentes. El miedo y la tristeza son emociones básicas y forman parte de la vida de todos. Una manera muy eficaz de poder ofrecer ayuda a los pacientes es compartir lo que enseña la palabra de Dios. En Isaías 41:10 Dios dice para no temer, porque Él está presente; no desanimar, porque Él es Dios. Él fortalecerá, ciertamente ayudará, sostendrá con su diestra de justicia. El paciente sentirá que no está solo, y que es amado. Cuidado integral, físico, mental y espiritual.

## Revisión de literatura y Marco teórico

### 2.1 Antecedentes

Una investigación realizada en Croacia en el año de 2020, tuvo como objetivo examinar la relación entre la cibercondría y los cambios en los niveles de preocupación por la COVID-19 y los comportamientos de seguridad entre las personas que viven en Croacia. Los resultados demostraron que la cibercondría juega un papel moderador en estos cambios. Las personas con cibercondría severa estaban intensamente preocupadas por los comportamientos de seguridad. La cibercondría severa y los altos niveles de preocupación por la COVID-19 se mostraron asociados con conductas de evitación intensas. (9)

Un estudio realizado en Alemania en 2020, que incluía cuestionarios sobre la ansiedad asociada al SARS-CoV-2, la ansiedad por la salud (AS), la cibercondría, y la regulación de las emociones, mostró que la cibercondría se correlacionaba positivamente con la ansiedad actual ante el virus, relación que era moderada adicionalmente por el rasgo de AS. (10)

En Rumania se estudió el efecto de dos rasgos opuestos de personalidad y se encontró que el optimismo tenía una influencia protectora contra la cibercondría en el grupo de mayor edad (mayores de 45 años), lo que resultó ser mayor que el efecto contrario del neuroticismo, que hacía más propensas a las personas frente a la cibercondría. (17)

En Pakistán se estudió el fenómeno de la cibercondría y las preocupaciones relacionadas con la salud entre individuos sin ninguna condición médica diagnosticada. Un total de 26,6% de los sujetos presentó un nivel bajo de cibercondría, mientras que 23,3% experimentó un nivel alto. Las puntuaciones medias

de los hombres en el CSS total fueron ligeramente superiores a las de las mujeres, aunque esto no fue estadísticamente significativo. (1)

Una investigación realizada en Turquía mostró que la adicción a internet (AI) y la AS se asocian positivamente con la cibercondría. Asimismo, se encontró que la relación entre la AI y la cibercondría era significativamente más fuerte en la edad adulta que en la edad joven. (8)

Un estudio realizado en Irán se propuso un modelo para comprender las asociaciones entre el uso problemático de internet (UPI), la cibercondría, la sensibilidad a la ansiedad, las creencias de metacognición y el miedo a la COVID-19. Se encontró que el miedo a la COVID-19 fue predicho significativa y directamente por la cibercondría y la sensibilidad a la ansiedad. (11)

En Turquía se investigó los efectos de la cibercondría de los padres y la regulación emocional de los adolescentes sobre los síntomas de ansiedad. Los resultados mostraron que una mayor ansiedad y compulsión de los padres se asoció con una mayor ansiedad, mientras que una mayor angustia se asoció con una menor ansiedad. Además, dos dimensiones de la cibercondría, la compulsión y la angustia, junto con la ansiedad de los adolescentes, predijeron la ansiedad de los padres durante el COVID-19. Mientras que la compulsión se asoció negativamente con la ansiedad, la angustia y la ansiedad de los adolescentes se asociaron positivamente con ella. (18)

En un estudio realizado en Australia que tuvo como objetivo determinar si la terapia cognitivo-conductual administrada por Internet (iCBT) para la ansiedad grave por la salud conducía a mejoras en la cibercondría. El grupo que recibió la iCBT mostró una reducción significativamente mayor de la cibercondría en comparación con el grupo de control, con grandes diferencias en el postratamiento en la escala

total de la CSS, y en las subescalas de Compulsión, Angustia y Excesividad de la CSS. (19)

En una investigación realizada en India, se encontró que todos los participantes estaban afectados por el constructo de excesividad y seguridad, el 92% por la angustia y el 75% por la compulsión. Entre todos los dominios, la seguridad se vio gravemente afectada en el 52% de los participantes. (20)

## **2.2 Bases teóricas.**

### **2.2.1 Historia de la cibercondría**

La cibercondría tiene una interesante historia de 2 décadas. Hay cierta discusión referente de en dónde apareció la expresión por primera vez y a quién se le puede atribuir: los principales contribuyentes son un enunciado del Wall Street Journal de 1999 y un reportaje de 2001 publicado en The Independent.. Independientemente de quién haya inventado el concepto de cibercondría, lo cierto es que su autor no era un especialista en salud mental ni un investigador. (21) El Internet es un medio valioso, pero existen lados negativos que se han estudiado desde el comienzo de su uso, como por ejemplo, la adicción a internet, descrita por periodistas en la época. Lo que también ayuda a explicar por qué la cibercondría no fue considerada por los clínicos e investigadores durante aproximadamente 10 años. Solamente después, en el año 2009 se publicó un artículo sobre cibercondría, y desde ahí ha empezado el interés sobre el tema. (22) En el año de 2014 se hizo conocido la primera herramienta para la evaluación de la cibercondría, la Escala de Severidad de la Cibercondría (CSS), que ha contribuido al trabajo académico. (23)

### **2.2.2 Definición de cibercondría**

Explicar la cibercondría es un desafío, porque existen dos enfoques diferentes para definirla. El primero se centra en el enlace con la AS y conceptualiza la cibercondría como un patrón excesivo y/o repetitivo de búsqueda sobre la salud en línea (BSE) que se asocia con un aumento de la angustia o la AS. (24) El otro enfoque es más amplio y propone que la cibercondría es un síndrome multidimensional, ya que representa tanto la ansiedad como un elemento de compulsividad, e incluye varios componentes: BSE repetitiva y que requiere mucho tiempo, estados emocionales negativos o angustia asociada a la BSE, interrupción de otras actividades como resultado de la BSE y consulta al médico en respuesta a un aumento de la angustia o de la ansiedad, normalmente para buscar seguridad. (23)

### **2.2.3 Escala de Severidad de la Cibercondría**

Los primeros estudios sobre el tema se vieron obstaculizados por definiciones poco coherentes de la cibercondría y por una excesiva dependencia de las medidas de un solo elemento. (25) En un intento de solucionar estas cuestiones, McElroy y Shevlin elaboraron la Escala de Severidad de la Cibercondría (CSS), una medida multidimensional de la cibercondría. Esta escala consta de 33 ítems, correspondientes a cinco dominios correlacionados: excesividad, naturaleza creciente/repetida de las búsquedas; compulsión, búsquedas en la web que interfieren con otros aspectos de la vida; angustia, respuesta emocional negativa; seguridad, búsquedas que llevan a los individuos a buscar consejo médico profesional; y desconfianza, conflicto que surge cuando el profesional médico y el autodiagnóstico online no coinciden. (23) Desde su primera publicación, los estudios de seguimiento han validado la estructura y las propiedades psicométricas de la CSS

(26) y la escala ha sido traducida y validada en varios idiomas como Portugués, (5) italiano, (27) Turco (7) y Alemán. (28)

Algunos estudios brindaron sugerencias para perfeccionar la CSS. A causa de su ambigüedad teórica, se propuso eliminar el factor “desconfianza” de la escala, debido a que las correlaciones con los otros cuatro factores eran bajas. (26,29) McElroy desarrolló y validó en el año de 2019 una versión corta de la escala de severidad de la cibercondría (CSS-12). En esta escala corta se mantuvieron 12 ítems del conjunto original de 33 y ha demostrado tener buenas propiedades psicométricas. Los valores de estructura interna tanto de la escala total como de las subescalas fueron satisfactorios, y comparables con los encontrados en estudios anteriores que emplearon la medida completa de 33 ítems. (30)

#### **2.2.4 Profesionales sanitarios**

La pandemia de COVID-19 tiene el potencial de afectar significativamente a la salud mental de los trabajadores sanitarios, que están en primera línea de esta crisis. (13) Se han encontrado altas tasas de prevalencia de insomnio grave, ansiedad, depresión, somatización y síntomas obsesivo-compulsivos. (14) Por ello, es una prioridad inmediata estudiar y vigilar los problemas de salud mental, con el fin de comprender los factores asociados y establecer formas de mitigar los riesgos. Siendo una población de alto riesgo, todavía no se ha investigado sobre la cibercondría, hipocondría o AS en el personal sanitario.

#### **2.2.5 Justificación de variables del estudio**

Se ha realizado una búsqueda de factores asociados a la cibercondría, sin embargo, no se ha encontrado mucha información al respecto. Se encontró una

asociación entre el desempleo y la salud mental en una revisión sistemática. Evidenciándose que en la mayoría de los estudios mostraron que el desempleo estaba asociado a un incremento de los problemas de salud mental, tales como los trastornos de ansiedad y depresión. (31)

En un estudio realizado en Italia, se encontró que el estado civil, estar casado; fue un predictor positivo de los síntomas de ansiedad y de los síntomas de depresión. (32)

En una investigación se halló que la ansiedad generalizada disminuye con la edad y que también es más frecuente en las comunidades rurales. (33)

Se ha estudiado la diferencia en los niveles de AS, entre hombres y mujeres. Las trabajadoras sanitarias muestran una mayor prevalencia de trastornos psiquiátricos que los hombres. (34) La AS era más prevalente en las mujeres y que ser mujer es un factor de riesgo para la AS. Otra posible explicación es la evidencia de estudios de que las mujeres tienen el doble de probabilidades de padecer un trastorno de ansiedad que los hombres. Lo que puede explicar esta diferencia de sexo en la ansiedad es la mayor susceptibilidad de las mujeres a las enfermedades neuropsiquiátricas relacionadas con el estrés, debido a los circuitos hiperactivos del factor liberador de corticotropina extrahipotalámico. (35)

#### **2.2.6 Búsqueda de información en línea en el personal sanitario**

En un estudio se encontró que el personal de salud, en constante búsqueda de aclaración, utilizan más el internet que materiales impresos. Menciona que los materiales no digitalizados pueden contener información obsoleta, ya que la práctica médica debe ajustarse a la directriz práctica más actual. La búsqueda de información sobre el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades son necesidades más comunes

del personal médico. En cambio, otros profesionales sanitarios, como las enfermeras, llevan a cabo las instrucciones de tratamiento de los médicos, teniendo menos necesidad de buscar información sobre el tema. (36)

## **Materiales y métodos**

### **3.1 Diseño de estudio y contexto**

Se realizó un estudio transversal analítico en base a encuestas administradas en profesionales de la salud de Perú. Las encuestas se llevaron a cabo entre los días 11 y 25 de marzo del 2021.

### **3.2 Población de estudio**

La población objetivo fueron los profesionales sanitarios de Perú. Fueron 340 profesionales de salud (médicos y no médicos). Para el cálculo se consideró 2 grupos de estudio: población 1 (médicos) y población 2 (profesional sanitario no médico). La diferencia de medias a detectar fue de 3 y la desviación estándar común fue de 9.1. La razón entre tamaños muestrales que se consideró fue de 1:1 según el reporte del ASIS de Lima 2019. (37) Así se obtuvo que el mínimo de muestra requerida para tener una potencia de 80% y un nivel de confianza del 95% era de 290 profesionales sanitarios, según el programa EPIDAT 4.0. Se consideró aumentar el tamaño de la muestra en un 20% como margen de error. Al calcular una probabilidad de rechazo de 15% y un 5% de encuestas incompletas, el tamaño de muestra ajustado fue de 348 profesionales sanitarios.

Se obtuvo un total de 440 personas potenciales a encuestar, de las cuales 84 personas fueron eliminadas por rechazo. El total de personal sanitario que participó de la encuesta fue 356, de los cuales 16 encuestas no fueron consideradas por cumplir con los criterios de exclusión. De las 340 encuestas restantes empleadas para los análisis, el 63% correspondían a las mujeres. (ver figura 1)

### **3.3 Tipo de muestreo**

Muestreo por conveniencia, se llevó a cabo por participantes calificados y elegidos previamente. Se compartió el enlace de la encuesta virtual, por medio de redes sociales al personal sanitario que cumplió con los criterios de inclusión del presente estudio.

### **3.4 Criterios de selección**

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: ser un profesional sanitario (médicos, nutricionistas, psicólogos, enfermeros, odontólogos, terapeutas físicos, obstetras y personal técnico) que resida en el Perú, en el año de 2021. El criterio de exclusión fue el rehusar el consentimiento informado. Asimismo, se consideró como criterio de eliminación a las encuestas incompletas.

### **3.5 Variables y fuentes de medición**

La cibercondría fue considerada como la variable dependiente principal del estudio, y se definió como el patrón excesivo y/o repetitivo de BSE que se asocia con un aumento de la angustia o la ansiedad por la salud en los últimos 6 meses. La misma se ha medido con la CSS-12. Es un autoinforme que contiene 12 ítems, que evalúa el aumento en la ansiedad sobre el propio estado de salud, como resultado de revisiones excesivas de información médica en línea en los últimos 6 meses. Cada ítem está compuesto por una afirmación, la cual debe ser evaluada y respondida de acuerdo con la propia experiencia del encuestado, utilizando una escala de Likert. Las opciones de respuesta de frecuencia varían de 1 (nunca) a 5 (siempre), con lo que se obtiene un puntaje total que oscila entre 12 y 60. Las preguntas 1,3,6 evalúan la excesividad, las 4,8,9 la angustia, las 5,11,12 la seguridad y la 2,7,10 la compulsión.

Se utilizó la versión traducida, adaptada culturalmente, luego validada en una población universitaria en Perú. La confiabilidad de la escala fue óptima, reportando un alfa de Cronbach de 0.93 y un omega de McDonald de 0.95. La validez ha presentado buenas propiedades psicométricas para la estructura interna de la herramienta. (38)

Las covariables estudiadas fueron las siguientes: sexo, reportado como hombre o mujer; edad reportada en años; lugar de nacimiento, clasificados como Lima, provincia u otro país; estado civil, clasificado como soltero, casado, divorciado o viudo; profesión, clasificada como médico, odontólogo, nutricionista, enfermero, obstetra, psicólogo, fisioterapeuta y personal técnico; y situación laboral, reportada como labora o no labora.

### **3.6 Técnicas de procesamiento y análisis de datos.**

En el presente estudio se recolectó datos por medio de una encuesta en GoogleForms. Se reunió datos sociodemográficos y se empleó la escala CSS-12 que fue traducida al idioma español, adaptada culturalmente en la población peruana, y luego validada. (38) Finalizada la recolección de datos, en MS Excel se seleccionó la información de los profesionales sanitarios que nos aseguráramos cumplieran con los criterios de inclusión y no hubiera problema con los de exclusión. Luego se exportó al programa STATA 16.0 para realizar el análisis correspondiente.

Para el análisis univariado, por una parte, se utilizó medianas y rangos intercuartílicos (RIC) para las variables cuantitativas, así como también, promedio y desviación estándar de la cibercondría y sus dimensiones para facilitar la discusión; por otra parte, se utilizó frecuencias y porcentajes para las variables categóricas. Desde este momento, la profesión fue subdividida de la siguiente manera: médico,

personal técnico, psicólogo y otro profesional sanitario (enfermero, odontólogo, nutricionista, fisioterapeuta y obstetra). Para el análisis bivariado de los niveles de cibercondría, así como de sus dimensiones, con las demás variables se emplearon las pruebas estadísticas de U de Mann Whitney para el cruce con sexo y situación laboral; Kruskal Wallis, para lugar de nacimiento, estado civil y profesión; y con la edad se empleó la correlación de Spearman. Para el modelo de múltiples variables se empleó el modelo de regresión Lineal de donde se calculó el beta crudo y ajustado con intervalos de confianza al 95%. Las variables que ingresaron al modelo fueron seleccionadas por criterio epidemiológico. Se evaluó los supuestos de la regresión lineal a través del análisis de los residuos. La colinealidad fue evaluada mediante el VIF (factor de inflación de la varianza).

### **3.7 Aspectos éticos**

El trabajo fue aprobado por el comité de ética de la Universidad Peruana Unión. La encuesta se realizó de manera anónima. Además, los participantes recibieron un consentimiento informado donde se les explicó el tema del estudio y el tipo de preguntas que se realizaría en la encuesta. El presente estudio no generó riesgos ya que los encuestados decidieron participar libremente y se les brindó la opción de detener la encuesta de considerarlo necesario. Asimismo, al final de la aplicación de la encuesta, se les proporcionó folletos con información del tema y número de contacto de la investigadora.

## **Resultado y Discusión**

### **A. Resultados**

#### **4.1 Características generales de los encuestados**

La mediana de la edad de los encuestados fue de 27 (RIC 24;34) para las 340 encuestas analizadas. En la muestra se identificó principalmente como lugar de nacimiento Lima (42%); estado civil soltero (70%), y que actualmente labora (72%). Del total, 44% eran médicos, 20% personal técnico, 13% psicólogos, 10% enfermeros, 4% odontólogos, 4% nutricionistas, 4% fisioterapeutas, 2% obstetras. (ver tabla 1)

Con respecto al puntaje de cibercondría obtenido por medio del CSS-12, se obtuvo una mediana de 24 (RIC 17;34) y una media de 26 (DE 10,6). (ver tabla 1)

#### **4.2 Factores asociados a la cibercondría. Análisis bivariado**

En lo que concierne al puntaje de cibercondría adquirido mediante el CSS-12, se halló una relación entre esta variable y el sexo ( $p < 0,001$ ) donde las mujeres tuvieron un mayor puntaje que los hombres; además, se encontró una débil correlación inversa con la edad ( $\rho = -0,19$ ,  $p < 0,001$ ). También se encontró asociación con el lugar de nacimiento ( $p < 0,004$ ) donde, según el análisis post hoc, no reportado en tablas, la diferencia fue estadísticamente significativa entre los que nacieron en otro país con Lima ( $p < 0,001$ ) y con provincia ( $p = 0,02$ ). Con respecto al estado civil, también se encontró una diferencia estadísticamente significativa ( $p = 0,02$ ), y luego del análisis post hoc, no reportado en tablas, se halló que dicha asociación era entre estar soltero y casado ( $p = 0,001$ ). Asimismo, se encontró asociación entre la cibercondría y la situación laboral ( $p < 0,001$ ) donde, el que laboraba presentó puntajes

más bajos. Además, la cibercondría se encontró asociada con la profesión ( $p < 0,001$ ), en la cual, según el análisis post hoc, no reportado en tablas, hubo diferencias estadísticamente significativas entre el médico con personal técnico ( $p < 0,001$ ), con psicólogo ( $p < 0,001$ ) y con otro profesional sanitario ( $p < 0,001$ ). (ver tabla 2)

En relación al puntaje obtenido en la dimensión de excesividad de la CSS-12, se encontró una relación entre esta variable y el sexo ( $p = 0,005$ ), donde las mujeres tuvieron más puntaje que los hombres; también se encontró una correlación inversa débil con la edad ( $\rho = -0,20$ ,  $p < 0,001$ ). Además se encontró asociación con el lugar de nacimiento y la excesividad ( $p = 0,001$ ) donde, según el análisis post hoc, la diferencia fue estadísticamente significativa entre los que nacieron en Lima con los de otro país ( $p < 0,001$ ); y los que nacieron en provincia con otro país ( $p = 0,001$ ). Asimismo, se encontró asociación con la situación laboral y la excesividad ( $p < 0,001$ ) donde, los que no laboraban tuvieron más puntaje. La excesividad también se encontró asociada con la profesión ( $p < 0,001$ ), según el análisis post hoc, no reportado en las tablas, donde las asociaciones se hicieron evidentes entre las categorías de médico con personal técnico ( $p < 0,001$ ), con psicólogo ( $p < 0,001$ ) y con otro profesional sanitario ( $p < 0,001$ ). No se encontró asociación con estado civil. (ver tabla 2)

Con respecto al puntaje obtenido en la dimensión de angustia de la CSS-12, se encontró una relación entre esta variable y el sexo ( $p < 0,001$ ), donde las mujeres tuvieron más puntaje; también se encontró una correlación inversa débil con la edad ( $\rho = -0,23$ ,  $p < 0,001$ ). Además, la angustia se encontró asociada con el lugar de nacimiento ( $p = 0,001$ ) donde, según el análisis post hoc, no reportado en tablas, la diferencia fue estadísticamente significativa entre los de Lima con los de otro país ( $p < 0,001$ ), y provincia con los de otro país ( $p = 0,01$ ). Asimismo, se encontró asociación con el estado civil ( $p = 0,004$ ), donde luego del análisis post hoc, no reportado en las

tablas, se evidenció que la asociación se encontraba entre estar soltero con estar casado ( $p < 0,001$ ). Además, se encontró diferencia entre la angustia y la situación laboral ( $p < 0,001$ ) donde, los que no laboran tuvieron más puntaje. La angustia también se encontró asociada con la profesión ( $p < 0,001$ ) y, según el análisis post hoc, no reportado en tablas, las asociaciones se hicieron evidentes entre las categorías de médico con personal técnico ( $p < 0,001$ ), con psicólogo ( $p < 0,001$ ) y con otro profesional sanitario ( $p < 0,001$ ). (ver tabla 2)

En relación al puntaje obtenido en la dimensión de seguridad de la CSS-12, se encontró asociación con el sexo ( $p = 0,001$ ), donde se evidenció un puntaje más alto en las mujeres. Además, se halló una asociación entre la seguridad y la situación laboral ( $p < 0,001$ ), donde los que no laboraban tuvieron puntajes más altos. La seguridad también se encontró asociada con la profesión ( $p < 0,001$ ), donde según el análisis post hoc, no reportado en tablas, las asociaciones se hicieron evidentes entre las categorías de médico con personal técnico ( $p < 0,001$ ), con psicólogo ( $p < 0,001$ ) y con otro profesional sanitario ( $p < 0,001$ ). No se halló asociación con edad, lugar de nacimiento ni estado civil. (ver tabla 2)

En relación al puntaje obtenido en la dimensión de compulsión de la CSS-12, se encontró una relación entre esta variable y la situación laboral ( $p < 0,001$ ) donde, los que no laboraban tuvieron más puntaje. También la compulsión se encontró asociada con la profesión ( $p < 0,001$ ) y, según el análisis post hoc, no reportado en tablas, dicha asociación se encontró en las categorías médico con personal técnico ( $p < 0,001$ ), médico con psicólogo ( $p = 0,002$ ) y médico con otro profesional sanitario ( $p = 0,001$ ). No se halló asociación con sexo, edad, lugar de nacimiento ni estado civil. (ver tabla 2)

### **4.3 Factores asociados a la cibercondría. Análisis de múltiples variables.**

En lo que respecta al modelo de múltiples variables (ajustado por sexo, edad, lugar de nacimiento, estado civil, situación laboral y profesión), se encontró asociación entre el puntaje total de cibercondría obtenido por CSS-12 y la situación laboral. Los que no laboraban tuvieron en promedio 4,8 puntos más que los que laboraban ( $p < 0,001$ ). Además se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre la profesión. El personal técnico tuvo en promedio 8,6 puntos más que el médico ( $p < 0,001$ ), el psicólogo 6,4 puntos más que el médico ( $p < 0,001$ ) y otro profesional sanitario 7,1 puntos más que el médico ( $p < 0,001$ ). No se halló asociación con sexo, edad, lugar de nacimiento ni estado civil. (ver tabla 3a)

En lo que concierne al modelo de múltiples variables (ajustado por sexo, edad, lugar de nacimiento, estado civil, situación laboral y profesión) relacionado al puntaje de excesividad, se encontró asociación con la situación laboral. Los que no laboraban tuvieron en promedio 1,0 punto más que los que no laboraban ( $p = 0,013$ ). También se encontró asociación con la profesión. El personal técnico tuvo en promedio 2,2 puntos más en excesividad que el médico ( $p < 0,001$ ), el psicólogo tuvo 1,7 puntos más que el médico ( $p = 0,001$ ) y otro profesional sanitario 2,5 puntos más que el médico ( $p < 0,001$ ). No se encontró asociación con sexo, edad, lugar de nacimiento ni estado civil. (ver tabla 3b)

Sobre el modelo de múltiples variables (ajustado por sexo, edad, lugar de nacimiento, estado civil, situación laboral y profesión) relacionado al puntaje de angustia, se encontró asociación con la situación laboral. Los que no laboraban tuvieron en promedio 1,6 puntos más que los que no laboraban ( $p < 0,001$ ). También se encontró asociación con la profesión. El personal técnico tuvo en promedio 2,4 puntos más en angustia que el médico ( $p < 0,001$ ), el psicólogo tuvo 2,0 puntos más

que el médico ( $p < 0,001$ ) y otro profesional sanitario tuvo 1,8 puntos más que el médico ( $p < 0,001$ ). No se halló asociación con sexo, edad, lugar de nacimiento ni estado civil. (ver tabla 3b)

En lo que respecta al modelo de múltiples variables (ajustado por sexo, edad, lugar de nacimiento, estado civil, situación laboral y profesión) relacionado al puntaje de seguridad, se encontró asociación con la situación laboral. Los que no laboraban tuvieron en promedio 1,1 puntos más que los que no laboraban ( $p = 0,01$ ). También se encontró asociación con la profesión. El personal técnico tuvo en promedio 1,9 puntos más en angustia que el médico ( $p < 0,001$ ), el psicólogo tuvo 1,5 puntos más que el médico ( $p = 0,01$ ) y otro profesional sanitario 1,8 puntos más que el médico ( $p < 0,001$ ). No se encontró asociación con sexo, edad, lugar de nacimiento ni estado civil. (ver tabla 3c)

Sobre el modelo de múltiples variables (ajustado por sexo, edad, lugar de nacimiento, estado civil, situación laboral y profesión) relacionado al puntaje de compulsión, se encontró asociación con la situación laboral. Los que no laboraban tuvieron en promedio 1,1 puntos más que los que no laboraban ( $p = 0,001$ ). También se encontró asociación con la profesión. El personal técnico tuvo en promedio 2,1 puntos más en angustia que el médico ( $p < 0,001$ ); el psicólogo tuvo 1,1 puntos más que el médico ( $p = 0,02$ ) y otro profesional sanitario 1,0 punto más que el médico ( $p = 0,01$ ). En el análisis post hoc, no reportado en tablas, se encontró una diferencia estadísticamente significativa entre dos profesiones: personal técnico con 1,1 puntos más en el promedio que otro profesional sanitario ( $p = 0,02$ ). No se halló asociación con sexo, edad, lugar de nacimiento ni estado civil. (ver tabla 3c)

## **B. Discusión**

### **4.4 Hallazgos principales**

La mediana del puntaje de cibercondría medida por el CSS-12 fue de 24 puntos y el promedio, de 26 puntos de 60 puntos posibles.

El presente estudio reporta una asociación entre la cibercondría, medida a través del CSS-12, y la situación laboral, siendo el que no labora el que revela puntajes más altos, tanto en el puntaje total de la CSS-12, como en sus dimensiones: excesividad, angustia, seguridad y compulsión. Además, se halló la asociación entre la cibercondría y la profesión, reportando niveles más elevados el personal técnico. No se encontró diferencias estadísticamente significativas entre la cibercondría y el sexo, edad, lugar de nacimiento ni estado civil.

### **4.5 Comparación con otros estudios**

En un estudio realizado en Pakistán se encontró que el puntaje total en la CSS fue ligeramente superior en los hombres que en las mujeres. Los hombres también puntuaron más alto en las subescalas de excesividad, angustia, seguridad y compulsión. Sin embargo, las diferencias no fueron estadísticamente significativas. (1) Estos datos tienen similitud con el presente estudio que, pese a que reportó que las mujeres presentaron resultados más elevados que los hombres a nivel de puntaje total de la CSS-12 y en todas las subescalas, tampoco hubo asociación estadísticamente significativa. No obstante, en un estudio en Rumania los resultados mostraron que el hecho de ser mujer se asocia positivamente con la cibercondría. (17) Esto último se podría explicar debido a que el sexo se comportaría como una variable confusora. (39) En el presente estudio se halló asociación entre la

cibercondría con el sexo en el análisis bivariado. Sin embargo, al realizar el análisis multivariado, se obtuvo como resultado que la variable sexo no era estadísticamente significativa. Esto probablemente sería el reflejo de que el sexo actúa como una variable confusora relacionada a las variables situación laboral y profesión, que sí resultaron estar asociadas de manera estadísticamente significativas. (39)

Una investigación realizada en Turquía, tuvo como resultado que la cibercondría estaba asociada con la edad, siendo mayor en los adultos que en los jóvenes. (8) En comparación con el presente estudio, el puntaje de cibercondría se correlacionó inversamente con la edad, no obstante, cuando se realizó el análisis de regresión, se halló que la diferencia no era estadísticamente significativa. Esto probablemente se deba a que la edad también fue una variable confusora (39).

No se ha encontrado estudios que relacionen lugar de nacimiento con la cibercondría; sin embargo, en una investigación se encontró que la ansiedad generalizada es más frecuente en las comunidades rurales. (33) En el presente estudio, se encontró puntajes más elevados en el profesional sanitario que nació en provincia en comparación con el que nació en Lima. Estos datos no son comparables directamente, pero dejan en evidencia que la población de las grandes ciudades, como Lima, pueden tener mayor facilidad al acceso a la información sanitaria.(40)

En un estudio realizado en Italia, se halló que el estado civil, casado, fue un predictor positivo de los síntomas de ansiedad. (32) Asimismo, se encontró en la presente investigación que los participantes solteros tuvieron mayores puntajes de cibercondría, aunque no se encontró una asociación estadísticamente significativa. Pese a que vivir con alguien y tener un apoyo emocional ayudan a disminuir los síntomas de la ansiedad, y estar soltero o vivir solo aumentan la probabilidad de padecer de ansiedad, (32) no se encontró asociación entre estado civil con la

cibercondría, probablemente porque el grupo de la población casada, divorciada y viuda fueron insuficientes para que el modelo de regresión mantenga la asociación.

En una revisión sistemática se encontró una asociación entre el desempleo y la salud mental; los que no trabajaban tenían un incremento en los trastornos de ansiedad y depresión. (31) Del mismo modo el presente estudio halló la asociación con los que no laboraban, quienes tenían en el puntaje total aproximadamente 5 en puntos más en promedio en la cibercondría que los que laboraban. Esto es probable que se deba a que los que están desempleados tengan la preocupación sobre como mantener las finanzas de la familia, aumentando así los trastornos de ansiedad, (31) lo que posiblemente predispone a presentar síntomas físicos; conllevando a búsquedas repetidas en línea que pueden aumentar los niveles de cibercondría.

En la presente investigación se encontró que existe una diferencia estadísticamente significativa en los puntajes de cibercondría de los médicos. Por ejemplo, el personal técnico presentó 9 puntos más en el puntaje total de cibercondría que el médico. Probablemente se deba a que los médicos tienen más experiencias buscando diagnósticos en línea que los demás profesionales sanitarios. En un estudio se halló que la búsqueda de información sobre el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades son necesidades más comunes del personal médico. En cambio, otros profesionales sanitarios llevan a cabo las instrucciones de tratamiento de los médicos, teniendo menos necesidad de buscar información sobre el tema, (36) disponiendo de menos conocimiento sobre el manejo de enfermedades, lo que condiciona un posible aumento en los niveles de cibercondría.

#### **4.6 Limitaciones y fortalezas**

Se considera la posibilidad del sesgo de deseabilidad social, debido a que la encuesta se basó en el auto-reporte. Para prevenir de que los datos no sean confiables, se recalcó que no habría respuesta incorrecta y que la información sería gestionada de manera anónima.

Cabe resaltar que la herramienta utilizada para medir la cibercondría fue traducida al idioma español, adaptada culturalmente en la población peruana, y luego validada; por lo que minimiza la posibilidad de haber términos que dificulten la comprensión de la misma. Se calculó además el alfa de Cronbach, para estimar la confiabilidad de la herramienta en la población del presente estudio, obteniendo un alto valor de fiabilidad de 0,93.

La principal fortaleza del estudio, es que ofrece información novedosa, debido a que es el primer estudio que analiza la cibercondría en el personal sanitario.

## **Conclusiones y Recomendaciones**

### **Conclusiones**

Se concluye que en el presente estudio se halló que la situación laboral, y la profesión se encontraban asociados a los niveles de cibercondría en el personal sanitario del Perú en el 2021. Los participantes que no laboraban tuvieron puntajes más elevados (5 puntos más) que los que laboraban. Asimismo, el personal técnico presentó los mayores puntajes (9 puntos más) de cibercondría comparando con las otras profesiones estudiadas. El promedio de la cibercondría fue de 26 puntos, y no se encontró diferencia según sexo, edad, lugar de nacimiento, tampoco en estado civil.

En consideración con los resultados obtenidos, se invita a reevaluar y analizar la cibercondría dada la relevancia y escasa evidencia que se tiene al respecto. Se cree en la existencia de otros factores asociados a la cibercondría, los cuales se deben estudiar con el propósito de realizar intervenciones eficaces referente a este tema.

### **Recomendaciones**

Los resultados de este estudio muestran que los desempleados y el personal técnico son un grupo de personas con elevada probabilidad de presentar altos niveles de cibercondría. Por lo tanto, garantizar el apoyo adecuado para dichos grupos debe ser una prioridad, desde la perspectiva de la salud pública. Es necesario investigar más para crear una base de conocimientos suficiente, con la finalidad de aumentar la

comprensión del efecto del desempleo sobre la salud mental. De este modo, informar a los responsables políticos sobre el tema, para que puedan crear estrategias para minimizar los niveles de cibercondría en la población. Asimismo, se torna relevante el indagar más sobre la cibercondría, corroborando que las asociaciones que se reportan en la literatura también son significativas en nuestra realidad, y encontrando otras asociaciones que puedan servir para ampliar los conocimientos que se tienen, con el fin de desarrollar medidas preventivas en el futuro.

## Referencias

1. Akhtar M, Fatima T. Exploring cyberchondria and worry about health among individuals with no diagnosed medical condition. *J Pak Med Assoc.* 2020;70(1):90–5.
2. Li Z, Ge J, Yang M, Feng J, Qiao M, Jiang R. Vicarious traumatization in the general public, members, and non-members of medical teams aiding in COVID-19 control. *Brain Behav Immun.* 2020;(January):916–9.
3. Wang C, Pan R, Wan X. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Environ Res Public Heal.* 2020;17(5):1729.
4. Thompson RR, Jones NM, Holman EA, Silver RC. Media exposure to mass violence events can fuel a cycle of distress. *Sci Adv.* 2019;5(4):1–7.
5. Silva FG da, Andrade R, Silva I, Cardoso A. Cross-cultural adaptation of the Cyberchondria Severity Scale for Brazilian Portuguese. *Trends Psychiatry Psychother.* 2016;38(2):90–5.
6. Khazaal Y, Chatton A, Rochat L, Hede V, Viswasam K, Penzenstadler L, et al. Compulsive Health-Related Internet Use and Cyberchondria. *Eur Addict Res.* 2020;27(1):58–66.
7. Uzun SU, Zencir M. The Cyberchondria Severity Scale (CSS): Validity and Reliability Study of the Turkish Version. *Curr Psychol.* 2018;40(1):65–71.
8. Durak Batıgün A, Şenkal Ertürk İ, Gör N, Kömürcü Akik B. The pathways from distress tolerance to Cyberchondria: A multiple-group path model of young and middle adulthood samples. *Curr Psychol.* 2020;
9. Jokic-Begic N, Korajlija AL, Mikac U. Cyberchondria in the age of COVID-19.

PLoS One [Internet]. 2020;15(12 December):1–17. Available from:

<http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0243704>

10. Jungmann SM, Witthöft M. Health anxiety, cyberchondria, and coping in the current COVID-19 pandemic: Which factors are related to coronavirus anxiety? *J Anxiety Disord J*. 2020;73(January).
11. Seyed Hashemi SG, Hosseinnzhad S, Dini S, Griffiths MD, Lin CY, Pakpour AH. The mediating effect of the cyberchondria and anxiety sensitivity in the association between problematic internet use, metacognition beliefs, and fear of COVID-19 among Iranian online population. *Heliyon*. 2020;6(10):0–5.
12. Chew NWS, Lee GKH, Tan BYQ, Jing M, Goh Y, Ngiam NJH, et al. A multinational, multicentre study on the psychological outcomes and associated physical symptoms amongst healthcare workers during COVID- 19 outbreak. *Brain Behav Immun*. 2020;88(January):559–65.
13. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain, Behav Immun*. 2020;88(January):901–7.
14. Zhang WR, Wang K, Yin L, Zhao WF, Xue Q, Peng M, et al. Mental Health and Psychosocial Problems of Medical Health Workers during the COVID-19 Epidemic in China. *Psychother Psychosom*. 2020;89(4):242–50.
15. Valenzuela Contreras L. La salud, desde una perspectiva integral. *Rev Univ la Educ Física y el Deport*. 2016;(9):50–9.
16. Huarcaya-Victoria J. Consideraciones sobre la salud mental en la pandemia de COVID-19. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2020;37(2):327–34. Available from:

- <https://scielosp.org/article/rpmesp/2020.v37n2/327-334/>
17. Maftei A, Holman AC. Cyberchondria During the Coronavirus Pandemic: The Effects of Neuroticism and Optimism. *Front Psychol.* 2020;11(October):1–7.
  18. Akgül G, Atalan Ergin D. Adolescents' and parents' anxiety during COVID-19: is there a role of cyberchondriasis and emotion regulation through the internet? *Curr Psychol.* 2021;1.
  19. Newby JM, McElroy E. The impact of internet-delivered cognitive behavioural therapy for health anxiety on cyberchondria. *J Anxiety Disord [Internet].* 2020;69(October 2019):102150. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2019.102150>
  20. Dagar D, Kakodkar P, Shetiya SH. Evaluating the Cyberchondria Construct Among Computer Engineering Students in Pune (India) Using Cyberchondria Severity Scale (CSS-15). *Indian J Occup Environ Med [Internet].* 2019/12/16. 2019;23(3):117–20. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31920260>
  21. Starcevic V, Berle D, Arnáez S. Recent Insights Into Cyberchondria. *Curr Psychiatry Rep.* 2020;22(11).
  22. White RW, Horvitz E. Cyberchondria: Studies of the Escalation of Medical Concerns in Web Search. *ACM Trans Inf Syst [Internet].* 2009 Nov;27(4). Available from: <https://doi.org/10.1145/1629096.1629101>
  23. McElroy E, Shevlin M. The development and initial validation of the cyberchondria severity scale (CSS). *J Anxiety Disord [Internet].* 2014;28(2):259–65. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2013.12.007>
  24. Starcevic V. Cyberchondria: Challenges of Problematic Online Searches for Health-Related Information. *Psychother Psychosom.* 2017;86(3):129–33.

25. Starcevic V, Berle D. Cyberchondria: towards a better understanding of excessive health-related Internet use. *Expert Rev Neurother* [Internet]. 2013 Feb 1;13(2):205–13. Available from: <https://doi.org/10.1586/ern.12.162>
26. Norr AM, Allan NP, Boffa JW, Raines AM, Schmidt NB. Validation of the Cyberchondria Severity Scale (CSS): Replication and extension with bifactor modeling. *J Anxiety Disord* [Internet]. 2015;31:58–64. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2015.02.001>
27. Marino C, Fergus TA, Vieno A, Bottesi G, Ghisi M, Spada MM. Testing the Italian version of the Cyberchondria Severity Scale and a metacognitive model of cyberchondria. *Clin Psychol Psychother*. 2020;27(4):581–96.
28. Barke A, Bleichhardt G, Rief W, Doering BK. The Cyberchondria Severity Scale (CSS): German Validation and Development of a Short Form. *Int J Behav Med* [Internet]. 2016;23(5):595–605. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s12529-016-9549-8>
29. Fergus TA. The Cyberchondria Severity Scale (CSS): An examination of structure and relations with health anxiety in a community sample. *J Anxiety Disord* [Internet]. 2014;28(6):504–10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.05.006>
30. McElroy E, Kearney M, Touhey J, Evans J, Cooke Y, Shevlin M. The CSS-12: Development and Validation of a Short-Form Version of the Cyberchondria Severity Scale. *Cyberpsychology, Behav Soc Netw*. 2019;22(5):330–5.
31. Bartelink VHM, Zay Ya K, Guldbbrandsson K, Bremberg S. Unemployment among young people and mental health: A systematic review. *Scand J Public Health*. 2020;48(5):544–58.
32. Nicolini P, Abbate C, Inglese S, Rossi PD, Mari D, Cesari M. Different

- dimensions of social support differentially predict psychological well-being in late life: opposite effects of perceived emotional support and marital status on symptoms of anxiety and of depression in older outpatients in Italy. *Psychogeriatrics*. 2020;1–12.
33. Schweda A, Weismüller B, Bäuerle A, Dörrie N, Musche V, Fink M, et al. Phenotyping mental health: Age, community size, and depression differently modulate COVID-19-related fear and generalized anxiety. *Compr Psychiatry* [Internet]. 2021;104:152218. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0010440X20300602>
  34. Kim M-S, Kim T, Lee D, Yook J, Hong Y-C, Lee S-Y, et al. Mental disorders among workers in the healthcare industry. *Ann Occup Environ Med* [Internet]. 2018;30(1):31. Available from: <https://doi.org/10.1186/s40557-018-0244-x>
  35. Chen Q, Zhang Y, Zhuang D, Mao X, Mi G, Wang D, et al. Health anxiety in medical employees: A multicentre study. *J Int Med Res*. 2019;47(10):4854–61.
  36. Clarke MA, Belden JL, Koopman RJ, Steege LM, Moore JL, Canfield SM, et al. Information needs and information-seeking behaviour analysis of primary care physicians and nurses: A literature review. *Health Info Libr J*. 2013;30(3):178–90.
  37. MINSA. Información de Recursos Humanos en el Sector Salud. Dirección General de Personal de Salud. ANÁLISIS SITUACIÓN SALUD DEL PERÚ. 2019;
  38. Rodrigo Robles-Mariños, Germán F. Alvarado, Jorge L. Maguiña JCB-A. The short-form of the cyberchondria severity scale (CSS-12): adaptation and validation of the Spanish version. 2021;(Unpublished data).
  39. Kamangar F. Confounding variables in epidemiologic studies: Basics and

beyond. Arch Iran Med. 2012;15(8):508–16.

40. Alcalde-Rabanal JE, Lazo-Gonzalves O, Nigenda G. Sistema de salud de Perú. Salud pública Méx vol53 supl2 Cuernavaca ene 2011. 2011;53:s243–54.

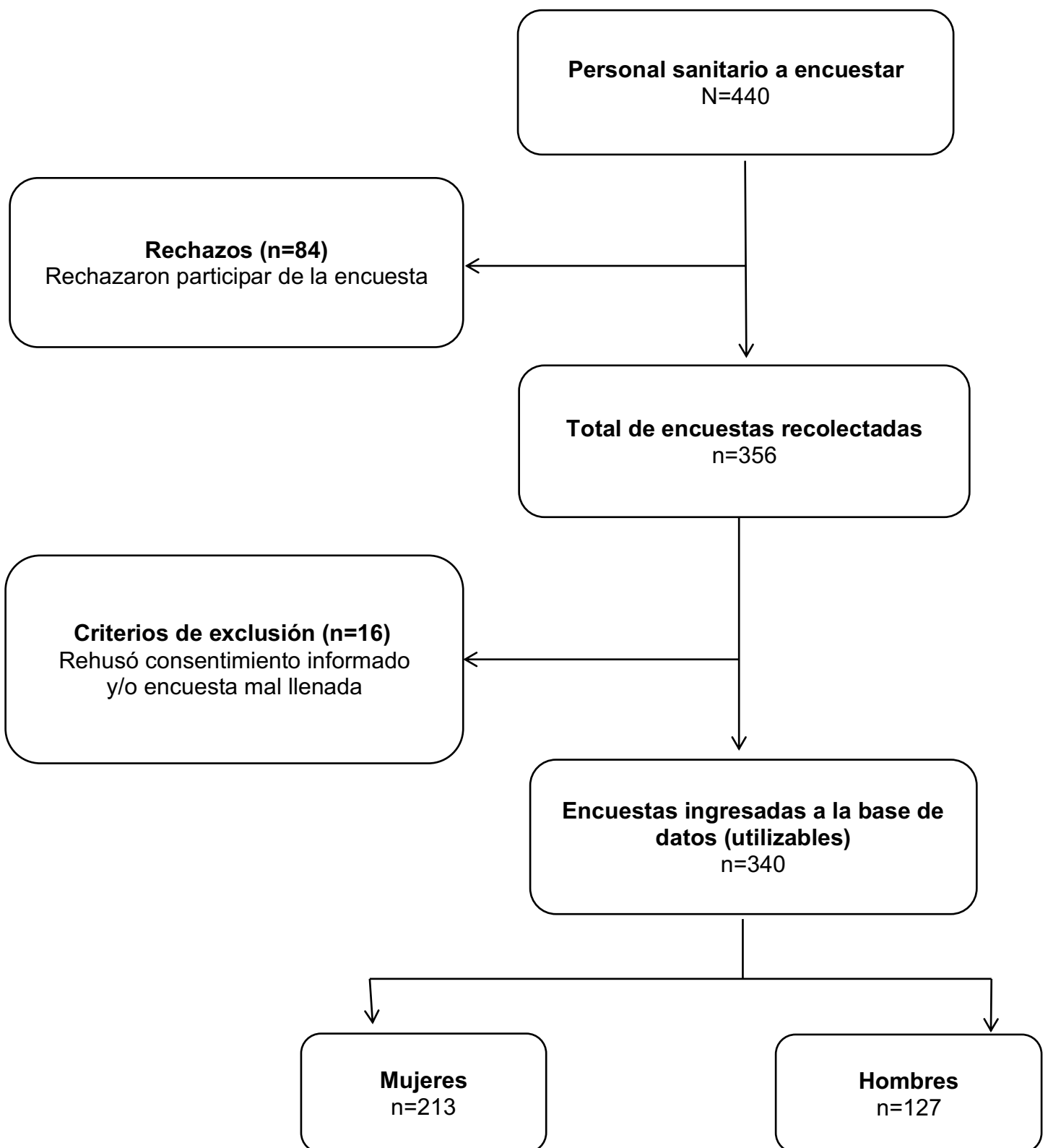


Figura 1. Diagrama de flujo de los participantes

Tabla 1: Características del personal sanitario encuestado, 2021 (n=340)

|                     | Categoría        | n   | %     |
|---------------------|------------------|-----|-------|
| Sexo                | Mujer            | 213 | 62,6  |
|                     | Hombre           | 127 | 37,3  |
| Edad (años)*        |                  | 27  | 24;34 |
| Lugar de nacimiento | Lima             | 143 | 42,1  |
|                     | Provincia        | 126 | 37,1  |
|                     | Otro país        | 71  | 20,9  |
| Estado civil        | Soltero          | 238 | 70    |
|                     | Casado           | 89  | 26,2  |
|                     | Divorciado       | 12  | 3,5   |
|                     | Viudo            | 1   | 0,3   |
| Labora              | Sí               | 243 | 71,5  |
|                     | No               | 97  | 28,5  |
| Profesión           | Médico           | 151 | 44,4  |
|                     | Personal Técnico | 67  | 19,7  |
|                     | Psicólogo        | 44  | 12,9  |
|                     | Enfermero        | 34  | 10    |
|                     | Odontólogo       | 14  | 4,1   |
|                     | Nutricionista    | 13  | 3,8   |
|                     | Fisioterapeuta   | 12  | 3,5   |
|                     | Obstetra         | 5   | 1,5   |
| CSS-12 Excesividad* |                  | 7   | 5;10  |
| CSS-12 Angustia*    |                  | 5   | 3;8   |
| CSS-12 Seguridad*   |                  | 6   | 4;9   |
| CSS-12 Compulsión*  |                  | 5   | 3;7   |
| CSS-12 total score* |                  | 24  | 17;34 |

\*Mediana y Rango Intercuartílico

CSS-12: Cyberchondria Severity Scale – 12

Tabla 2: Factores asociados a la Cibercondría,  
análisis bivariado

| Variables           | CSS-12 puntaje                   |                 |                  |            |                  |            |                  |                  |                  |           |        |
|---------------------|----------------------------------|-----------------|------------------|------------|------------------|------------|------------------|------------------|------------------|-----------|--------|
|                     | total                            |                 | Excesividad      |            | Angustia         |            | Seguridad        |                  | Compulsión       |           |        |
|                     | mediana<br>(RIC)                 | p               | mediana<br>(RIC) | p          | mediana<br>(RIC) | p          | mediana<br>(RIC) | p                | mediana<br>(RIC) | p         |        |
| Sexo                | Mujer                            | 26 (19;34)      | <0,001           | 8 (5;10)   | 0,005            | 6 (4;9)    | <0,001           | 6 (5;9)          | 0,001            | 5 (4;7)   | 0,05   |
|                     | Hombre                           | 22 (14;30)      |                  | 6 (4;9)    |                  | 4 (3;7)    |                  | 5 (3;8)          |                  | 4 (3;7)   |        |
| Edad (años)*        |                                  | -0,19           | <0,001           | -0,20      | <0,001           | -0,23      | <0,001           | -0,1             | 0,08             | -0,10     | 0,05   |
| Lugar de nacimiento | Lima                             | 22 (16;31)      | 0,004            | 7 (5;9)    | 0,001            | 4 (3;7)    | 0,001            | 5 (3;8)          | 0,13             | 5 (3;7)   | 0,08   |
|                     | Provincia                        | 24 (18;33)      |                  | 6,5 (5;10) |                  | 5 (3;8)    |                  | 6 (4;9)          |                  | 5 (4;8)   |        |
|                     | Otro país                        | 29 (20;38)      |                  | 9 (6;12)   |                  | 7 (4;9)    |                  | 7 (4;9)          |                  | 6 (4;8)   |        |
| Estado civil        | Soltero                          | 26 (18;35)      | 0,02             | 8 (5;10)   | 0,06             | 6 (4;9)    | 0,004            | 6 (4;9)          | 0,24             | 5 (4;8)   | 0,07   |
|                     | Casado                           | 20 (15;30)      |                  | 7 (4;9)    |                  | 4 (3;6)    |                  | 5 (3;8)          |                  | 4 (3;6)   |        |
|                     | Divorciado                       | 21,5<br>(16;28) |                  | 6 (5,5;7)  |                  | 4 (3;6)    |                  | 6,5<br>(3,5;8,5) |                  | 4,5 (4;6) |        |
|                     | Viudo                            | 24 (24;24)      |                  | 5 (5;5)    |                  | 4 (4;4)    |                  | 8 (8;8)          |                  | 7 (7;7)   |        |
| Labora              | Sí                               | 22 (16;30)      | <0,001           | 7 (5;9)    | <0,001           | 4 (3;7)    | <0,001           | 6 (3;8)          | <0,001           | 5 (3;7)   | <0,001 |
|                     | No                               | 32 (22;39)      |                  | 9 (6;11)   |                  | 8 (5;11)   |                  | 7 (5;9)          |                  | 6 (4;9)   |        |
| Profesión           | Médico                           | 19 (14;26)      | <0,001           | 6 (4;8)    | <0,001           | 4 (3;5)    | <0,001           | 5 (3;7)          | <0,001           | 4 (3;6)   | <0,001 |
|                     | Personal<br>Técnico              | 31 (24;39)      |                  | 10 (7;11)  |                  | 7 (4;10)   |                  | 7 (5;9)          |                  | 7 (5;9)   |        |
|                     | Psicólogo                        | 29,5<br>(19;37) |                  | 9 (6;11)   |                  | 7,5 (4;10) |                  | 7 (5;9)          |                  | 6 (4;8)   |        |
|                     | Otro<br>profesional<br>sanitario | 26,5<br>(21;37) |                  | 9 (6;11)   |                  | 6 (4;9)    |                  | 7 (5;9)          |                  | 5 (4;7)   |        |

\*Rho de Spearman

CSS-12: Cyberchondria Severity Scale - 12

Tabla 3a: Factores asociados a la Ansiedad por la Salud y la Cibercondría, análisis de múltiples variables

| Variables           |                            | CSS-12 puntaje total (crudo) |        | CSS-12 puntaje total (ajustado) |        |
|---------------------|----------------------------|------------------------------|--------|---------------------------------|--------|
|                     |                            | $\beta$ (95% IC)             | p      | $\beta$ (95% IC)                | p      |
| Sexo                | Mujer                      | Referencia                   | -      | Referencia                      | -      |
|                     | Hombre                     | - 3,2 (-5,5;-0,9)            | 0,01   | -0,5 (-2,8;1,8)                 | 0,66   |
| Edad (años)         |                            | -0,2 (-0,3;-0,1)             | <0,001 | -0,4 (-0,2;0,1)                 | 0,53   |
| Lugar de nacimiento | Lima                       | Referencia                   | -      | Referencia                      | -      |
|                     | Provincia                  | 1,6 (-0,9;4,2)               | 0,20   | 0,2 (-2,2;2,5)                  | 0,89   |
|                     | Otro país                  | 4,7 (1,7-7,7)                | 0,002  | -0,6 (-3,7;2,5)                 | 0,68   |
| Estado civil        | Soltero                    | Referencia                   | -      | Referencia                      | -      |
|                     | Casado                     | -4,1 (-6,6;-1,5)             | 0,002  | -1,0 (-3,9;1,9)                 | 0,50   |
|                     | Divorciado                 | -4,0 (-10;2,1)               | 0,20   | -0,9 (-6,2;6,1)                 | 0,97   |
|                     | Viudo                      | -3,2 (-23,8;17,3)            | 0,76   | -2,9 (-22;16)                   | 0,76   |
| Labora              | Sí                         | Referencia                   | -      | Referencia                      | -      |
|                     | No                         | 6,9 (4,5;9,3)                | <0,001 | 4,8 (2,3;7,2)                   | <0,001 |
| Profesión           | Médico                     | Referencia                   | -      | Referencia                      | -      |
|                     | Personal Técnico           | 10 (7,3;12,8)                | <0,001 | 8,6 (5,5;11,7)                  | <0,001 |
|                     | Psicólogo                  | 8,1 (4,8;11,3)               | <0,001 | 6,4 (2,9;9,8)                   | <0,001 |
|                     | Otro profesional sanitario | 7,7 (5,0;10,3)               | <0,001 | 7,1 (4,3;10)                    | <0,001 |

CSS-12: Cyberchondria Severity Scale - 12

\*Modelo de Regresión lineal múltiple

\*\*Modelo ajustado por sexo, edad, lugar de nacimiento, estado civil, situación laboral y profesión.

Tabla 3b: Factores asociados a la Ansiedad por la Salud y la Cibercondría, análisis de múltiples variables

| Variables           |                            | Excesividad (crudo) |        | Excesividad (ajustado) |        | Angustia (crudo)  |        | Angustia (ajustado) |        |
|---------------------|----------------------------|---------------------|--------|------------------------|--------|-------------------|--------|---------------------|--------|
|                     |                            | $\beta$ (95% IC)    | p      | $\beta$ (95% IC)       | p      | $\beta$ (95% IC)  | p      | $\beta$ (95% IC)    | p      |
| Sexo                | Mujer                      | Referencia          | -      | Referencia             | -      | Referencia        | -      | Referencia          | -      |
|                     | Hombre                     | -0,9 (-1,6;-0,2)    | 0,01   | 0,03 (-0,7;0,8)        | 0,93   | -1,0 (-1,7;-0,4)  | 0,003  | -0,3 (-1,0;0,4)     | 0,39   |
| Edad (años)         |                            | -0,1 (-0,1;-0,03)   | <0,001 | -0,03 (-0,07;0,01)     | 0,18   | -0,1 (-0,1;-0,04) | <0,001 | -0,02 (-0,1;0,02)   | 0,36   |
| Lugar de nacimiento | Lima                       | Referencia          | -      | Referencia             | -      | Referencia        | -      | Referencia          | -      |
|                     | Provincia                  | 0,2 (-0,6;0,9)      | 0,65   | -0,2 (-1,0;0,5)        | 0,50   | 0,3 (-0,4;1,1)    | 0,37   | -0,1 (-0,8;0,6)     | 0,79   |
|                     | Otro país                  | 1,7 (0,7;2,6)       | 0,75   | 0,3 (-0,6;1,3)         | 0,47   | 1,6 (0,7;2,4)     | 0,001  | -0,1 (-1,0;0,8)     | 0,89   |
| Estado civil        | Soltero                    | Referencia          | -      | Referencia             | -      | Referencia        | -      | Referencia          | -      |
|                     | Casado                     | -0,9 (-1,7;-0,1)    | 0,02   | 0,1 (-0,8;1,0)         | 0,90   | -1,4 (-2,1;-0,6)  | <0,001 | -0,3 (-1,2;0,5)     | 0,46   |
|                     | Divorciado                 | -1,5 (-3,3;0,4)     | 0,12   | 0,03 (-1,9;1,9)        | 0,97   | -1,1 (-3,0;0,6)   | 0,20   | 0,1 (-1,7;1,9)      | 0,90   |
|                     | Viudo                      | -2,9 (-9,2;3,5)     | 0,37   | -3,9 (-9,8;2,0)        | 0,19   | -2,5 (-8,6;3,6)   | 0,42   | -2,0 (-7,7;3,5)     | 0,46   |
| Labora              | Sí                         | Referencia          | -      | Referencia             | -      | Referencia        | -      | Referencia          | -      |
|                     | No                         | 1,6 (0,9;2,4)       | <0,001 | 1,0 (0,2;1,7)          | 0,013  | 2,4 (1,7;3,1)     | <0,001 | 1,6 (0,9;2,4)       | <0,001 |
| Profesión           | Médico                     | Referencia          | -      | Referencia             | -      | Referencia        | -      | Referencia          | -      |
|                     | Personal Técnico           | 2,7 (1,9;3,6)       | <0,001 | 2,2 (1,2;3,1)          | <0,001 | 3,0 (2,2;3,9)     | <0,001 | 2,4 (1,5;3,3)       | <0,001 |
|                     | Psicólogo                  | 2,2 (1,2;3,2)       | <0,001 | 1,7 (0,7;2,8)          | 0,001  | 2,7 (1,7;3,7)     | <0,001 | 2,0 (1,0;3,0)       | <0,001 |
|                     | Otro profesional sanitario | 2,6 (1,8;3,4)       | <0,001 | 2,5 (1,7;3,4)          | <0,001 | 2,0 (1,2;2,8)     | <0,001 | 1,8 (1,0;2,6)       | <0,001 |

CSS-12: Cyberchondria Severity Scale - 12

\*Modelo de Regresión lineal múltiple

\*\*Modelo ajustado por sexo, edad, lugar de nacimiento, estado civil, situación laboral y profesión.

Tabla 3c: Factores asociados a la Ansiedad por la Salud y la Cibercondría, análisis de múltiples variables

| Variables           |                            | Seguridad (crudo)   |        | Seguridad (ajustado) |        | Compulsión (crudo) |        | Compulsión (ajustado) |        |
|---------------------|----------------------------|---------------------|--------|----------------------|--------|--------------------|--------|-----------------------|--------|
|                     |                            | $\beta$ (95% IC)    | p      | $\beta$ (95% IC)     | p      | $\beta$ (95% IC)   | p      | $\beta$ (95% IC)      | p      |
| Sexo                | Mujer                      | Referencia          | -      | Referencia           | -      | Referencia         | -      | Referencia            | -      |
|                     | Hombre                     | -0,9 (-1,6;-0,2)    | 0,01   | -0,3 (-1,0;0,4)      | 0,38   | -0,3 (-0,9;0,3)    | 0,35   | 0,7 (-0,6;0,7)        | 0,82   |
| Edad (años)         |                            | -0,4 (-0,07;-0,003) | 0,03   | -0,001 (-0,4;0,4)    | 0,96   | -0,4 (-0,1;-0,01)  | 0,014  | 0,01 (-0,03;0,04)     | 0,77   |
| Lugar de nacimiento | Lima                       | Referencia          | -      | Referencia           | -      | Referencia         | -      | Referencia            | -      |
|                     | Provincia                  | 0,6 (-0,1;1,4)      | 0,10   | 0,3 (-0,4;1,0)       | 0,45   | 0,5 (-0,1;1,2)     | 0,12   | 0,2 (-0,4;0,9)        | 0,50   |
|                     | Otro país                  | 0,8 (-0,1;1,7)      | 0,08   | -0,4 (-1,3;0,6)      | 0,42   | 0,7 (-0,1;1,5)     | 0,07   | -0,5 (-1,4;0,3)       | 0,21   |
| Estado civil        | Soltero                    | Referencia          | -      | Referencia           | -      | Referencia         | -      | Referencia            | -      |
|                     | Casado                     | -0,8 (-1,6;-0,1)    | 0,03   | -0,2 (-1,1;0,7)      | 0,60   | -0,9 (-1,6;-0,3)   | 0,005  | -0,5 (-1,3;0,3)       | 0,23   |
|                     | Divorciado                 | -0,2 (-2,0;1,6)     | 0,82   | 0,5 (-1,4;2,4)       | 0,58   | -1,1 (-2,7;0,4)    | 0,15   | -0,8 (-2,4;0,9)       | 0,37   |
|                     | Viudo                      | 1,2 (-4,8;7,3)      | 0,69   | 1,5 (-4,4;7,3)       | 0,61   | 0,9 (-4,4;6,3)     | 0,73   | 1,6 (-3,6;6,8)        | 0,54   |
| Labora              | Sí                         | Referencia          | -      | Referencia           | -      | Referencia         | -      | Referencia            | -      |
|                     | No                         | 1,4 (0,7;2,1)       | <0,001 | 1,1 (0,3;1,8)        | 0,005  | 1,5 (0,9;2,1)      | <0,001 | 1,1 (0,4;1,8)         | 0,001  |
| Profesión           | Médico                     | Referencia          | -      | Referencia           | -      | Referencia         | -      | Referencia            | -      |
|                     | Personal Técnico           | 2,1 (1,2;2,9)       | <0,001 | 1,9 (1,0;2,9)        | <0,001 | 2,2 (1,4;2,9)      | <0,001 | 2,1 (1,2;2,9)         | <0,001 |
|                     | Psicólogo                  | 1,9 (0,9;2,8)       | <0,001 | 1,5 (0,4;2,5)        | 0,006  | 1,3 (0,4;2,2)      | 0,004  | 1,1 (0,2;2,0)         | 0,02   |
|                     | Otro profesional sanitario | 2,0 (1,2;2,8)       | <0,001 | 1,8 (0,9;2,7)        | <0,001 | 1,0 (0,3;1,7)      | 0,004  | 1,0 (0,2;1,8)         | 0,01   |

CSS-12: Cyberchondria Severity Scale - 12

\*Modelo de Regresión lineal múltiple

\*\*Modelo ajustado por sexo, edad, lugar de nacimiento, estado civil, situación laboral y profesión.

## **ANEXOS**

### **ENCUESTA PARA ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN**

Muchas gracias por participar, esta encuesta no le tomará más de 5 minutos.

Responda con la mayor sinceridad posible, no existe respuesta incorrecta.

1. Sexo
  - a) Mujer
  - b) Hombre
2. Edad (años cumplidos)
3. Lugar de nacimiento
  - a) Lima
  - b) Provincia
  - c) Otro país
4. Estado civil
  - a) Soltero
  - b) Casado
  - c) Divorciado
  - d) Viudo
5. Profesión
  - a) Médico
  - b) Odontólogo
  - c) Nutricionista
  - d) Enfermero
  - e) Obstetra
  - f) Psicólogo
  - g) Fisioterapeuta

h) Personal Técnico

6. Situación laboral

a) Labora

b) No labora

**Escala de Severidad de la Cibercondría (CSS-12)**

Lea las siguientes afirmaciones e indique cómo se aplican normalmente a usted (tomar como referencia los últimos 6 meses). Tenga en cuenta que este cuestionario se refiere a las condiciones médicas percibidas; es decir, las condiciones aparentes que cree que podría tener y no a las condiciones que han sido diagnosticadas por una profesión médica. Cabe resaltar que cuando hacemos referencia a búsquedas online nos referimos a las efectuadas en Internet.

|  | Nunca | Casi nunca | A veces | Con frecuencia | Siempre |
|--|-------|------------|---------|----------------|---------|
| 10) Si noto una sensación corporal extraña, la buscaré en Internet   | 1     | 2          | 3       | 4              | 5       |
| 11) Investigar en línea los síntomas o las condiciones médicas percibidas me distrae de leer artículos de noticias/deportes/entretenimiento en línea | 1     | 2          | 3       | 4              | 5       |
| 12) Leo diferentes páginas web sobre la misma condición médica percibida   | 1     | 2          | 3       | 4              | 5       |

|  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| 13)Entro en pánico cuando leo en línea que un síntoma que tengo se encuentra asociado a una condición rara / grave   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14)Investigar síntomas o condiciones médicas percibidas en línea me lleva a consultar con mi médico de cabecera  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15)Ingreso los mismos síntomas en una búsqueda web en más de una ocasión   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16)Investigar en línea síntomas o condiciones médicas percibidas interrumpe mi trabajo (por ejemplo, escribir correos electrónicos, trabajar en documentos de Word u hojas de cálculo) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17)Creo que estoy bien hasta que leo sobre una condición grave en línea  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18)Me siento más ansioso o angustiado después de investigar en línea sobre síntomas o condiciones médicas percibidas   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19)Investigar en línea sobre síntomas o posibles condiciones médicas percibidas interrumpe mis actividades sociales fuera de línea (reduce el tiempo que paso con amigos / familiares) | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20)Le sugiero a mi médico que puedo necesitar un procedimiento de diagnóstico sobre el que haya leído en línea (por ejemplo, una biopsia / un análisis de sangre específico)           | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

|  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| 21) Investigar en línea sobre síntomas o condiciones médicas percibidas me lleva a consultar con otros especialistas médicos además de mi médico | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|--|---|---|---|---|---|

## CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN

Título del estudio: NIVELES DE CIBERCONDRÍA EN EL PERSONAL SANITARIO Y SUS FACTORES ASOCIADOS EN LA ÉPOCA DE COVID-19

Investigador: Hanny Vaz Storch

Institución: Universidad Peruana Unión

### **Propósito del estudio:**

Lo estamos invitando a participar de un estudio relacionado a la cibercondría.

En la actualidad, aún se conoce muy poco respecto a la cibercondría y un gran problema es que no se ha podido determinar las causas y factores que contribuyen a su aparición en nuestro entorno.

Es por ello que es necesario investigar más en este tema y abordarlo con la importancia que amerita, ya que niveles altos de cibercondría pueden afectar la calidad de vida de las personas.

**Procedimientos:**

Si decide participar en este estudio se realizará lo siguiente:

1. Se realizará una encuesta donde le tomaremos datos personales y se le realizarán algunas preguntas relacionadas a la cibercondría.
2. Esta encuesta tomará un tiempo aproximado de 5 minutos.
3. Si lo desea, se le informará el resultado de manera confidencial.

**Riesgos:**

No existe ningún riesgo al participar de este trabajo de investigación. Sin embargo, algunas preguntas le pueden causar incomodidad. Usted es libre de responderlas o no.

**Beneficios:**

Sí usted lo decide, se le informará de manera confidencial los resultados que se obtengan de la encuesta. Asimismo, recibirá un volante con información sobre el tema del estudio.

**Costos y compensación:**

No deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole.

**Confidencialidad:**

Le podemos garantizar que la información que usted brinde es absolutamente confidencial.

Usted puede hacer todas las preguntas que desee antes de decidir si desea participar o no, las cuales responderemos gustosamente. Si, una vez que usted ha aceptado participar, luego se desanima o ya no desea continuar, puede hacerlo sin ninguna preocupación, no se realizarán comentarios, ni habrá ningún tipo de acción en su contra.

**Derechos del participante:**

Si decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento o no participar en alguna parte del estudio sin problema alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio o llame a Hanny Vaz Storch, al teléfono 976 223 070.