

# Estudio exploratorio sobre la ansiedad por la salud en universitarios colombianos durante el confinamiento por la pandemia del COVID-19 en el segundo semestre del 2020

## Exploratory study on health anxiety in Colombian university students during COVID-19 pandemic confinement in the second semester of 2020

Jorge Emiro Restrepo<sup>1 SYAC</sup>; Tatiana Castañeda-Quirama<sup>2 SYAC</sup>; Renato Zambrano-Cruz<sup>3 SYAC</sup>

<sup>1</sup> Psicólogo, Biólogo y Filósofo. Magíster y Doctor en Neuropsicología. Profesor asociado y director del Grupo de Investigación OBSERVATOS. Facultad de Educación y Ciencias Sociales. Tecnológico de Antioquia, Medellín, Colombia. Correo electrónico: jorge.restrepo67@tdea.edu.co

<sup>2</sup> Psicóloga. Magíster en Psicología Clínica. Doctoranda en Psicología. Profesora Auxiliar. Facultad de Sociedad, Cultura y Creatividad. Politécnico Grancolombiano, Medellín, Colombia.

<sup>3</sup> Psicólogo. Magíster en Lingüística. Doctor en Ciencias Cognitivas. Profesor, Investigador y Director del Laboratorio de Psicología. Facultad de Psicología, Universidad Cooperativa de Colombia, Medellín, Colombia.

Recibido: 19 de diciembre de 2021 - Aceptado: 12 de septiembre de 2022  
ISSN: 0121-0319 | eISSN: 1794-5240



### Resumen

**Introducción:** la ansiedad por la salud es un estado psicológico caracterizado por cierto tipo de creencias, emociones y actitudes hacia la posibilidad de contraer una enfermedad. La ansiedad por la salud ha sido considerada un mediador de la respuesta psicológica ante la pandemia generada por el COVID-19. **Objetivo:** determinar el nivel de ansiedad por la salud de una muestra de estudiantes universitarios colombianos, discriminando y comparando en función de ciertas variables sociodemográficas, y describir sus principales características durante el confinamiento social en el segundo semestre del 2020. **Metodología:** se realizó un estudio cuantitativo, no experimental, de nivel descriptivo y corte transversal en una muestra de 1004 estudiantes de pregrado de 3 instituciones de educación superior de la ciudad de Medellín. Se utilizó el Inventario Breve de Ansiedad por la Salud. **Resultados:** el valor de la media para la ansiedad por la salud estuvo por encima del valor reportado por otros estudios. Se encontraron altos porcentajes de preocupación por la salud (39,64%), consciencia del malestar/dolor (63,3%), miedo de tener una enfermedad grave (20,01%), interés por las sensaciones o cambios corporales (68,92%), riesgo de padecer una enfermedad grave (30,33%) y consecuencias sobre la vida (35,75%). No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las comparaciones entre grupos. **Conclusiones:** la preocupación por la salud y la ansiedad durante las epidemias/pandemias pueden tener un impacto psicológico importante, además de estar relacionadas con un comportamiento preventivo ineficaz y tener consecuencias adversas en el largo plazo.

**Palabras clave:** Universitarios. Miedo a la enfermedad. Coronavirus. Salud mental. COVID-19

**¿Cómo citar este artículo?** Restrepo JE, Castañeda-Quirama T, Zambrano-Cruz R. Estudio exploratorio sobre la ansiedad por la salud en universitarios colombianos durante el confinamiento por la pandemia del COVID-19 en el segundo semestre del 2020. MÉD.UIS. 2022; 35(3): 41-53. DOI: <https://doi.org/10.18273/revmed.v35n3-2022005>

## Abstract

**Introduction:** Health anxiety is a psychological state characterized by certain types of beliefs, emotions, and attitudes toward the possibility of contracting a disease. Health anxiety has been considered a mediator of the psychological response to the pandemic generated by COVID-19. **Objectives:** to determine the level of health anxiety in a sample of Colombian university students, discriminating and comparing according to certain sociodemographic variables, and to describe the main during social confinement between August and November 2020. **Methodology:** a quantitative, non-experimental, descriptive, cross-sectional study was conducted in a sample of 1004 undergraduate students from three higher education institutions in the city of Medellín. The Short Health Anxiety Inventory - SHA1 was used. **Results:** the mean value for health anxiety was above the value reported by other studies. High percentages of health concern (39.64 %), awareness of discomfort/pain (63.3 %), fear of having a serious illness (20.01 %), interest in bodily sensations or changes (68.92 %), risk of having a serious illness (30.33 %) and consequences on life (35.75 %) were found. No statistically significant differences were found in any of the comparisons between groups. **Conclusions:** health concerns and anxiety during with epidemics/pandemics can have a significant psychological impact, as well as being related to ineffective preventive behavior and having adverse long-term consequences.

**Keywords:** University students. Fear of disease. Coronavirus. Mental health. COVID-19

## Introducción

La ansiedad por la salud es un estado psicológico caracterizado por cierto tipo de creencias, emociones y actitudes hacia la posibilidad de contraer una enfermedad. Las personas con altos niveles de ansiedad por la salud, o ansiedad por la salud patológica, pasan la mayor parte de su tiempo preocupándose por su salud, son muy conscientes de las sensaciones o cambios corporales y tienden a exagerarlos cuando les causan malestar o dolor. Frecuentemente, piensan que van a enfermar y son incapaces de controlar estos pensamientos, tienen miedo de enfermar gravemente, se imaginan a ellos mismos estando enfermos, buscan información sobre la enfermedad, no sienten alivio pese a la evidencia médica y consideran que una enfermedad grave afectaría notablemente su vida<sup>1</sup>.

Las personas con ansiedad por la salud se preocupan más por la posibilidad de enfermar y por las consecuencias de la enfermedad, son más intolerantes ante la incertidumbre y soportan menos el malestar físico<sup>2</sup>. En general, tienen menor tolerancia al estrés psicológico que generan las alteraciones de la salud. Durante la pandemia se han realizado varias investigaciones sobre la ansiedad de la salud asociada con el COVID-19. Se reportó, por ejemplo, que la ansiedad por la salud se incrementó durante la pandemia del COVID-19 y que su preexistencia durante las epidemias/pandemias influye en las respuestas conductuales a los brotes de virus<sup>2</sup>. De acuerdo con los autores de este estudio, existe un grupo de riesgo potencial, con mayor ansiedad por la salud, que necesita más apoyo durante las epidemias/pandemias.

La ansiedad por la salud ha surgido de las modificaciones y evolución conceptual de la hipocondriasis en las diferentes versiones del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM). En la versión actual del manual, el DSM-V<sup>3</sup>, la preocupación excesiva por la salud (hipocondriasis) ha sido reemplazada por el Trastorno de Ansiedad por Enfermedad (TAE). En el mismo manual, la preocupación excesiva por la salud está incluida en los criterios diagnósticos para el Trastorno de Síntomas Somáticos (TSS), sin embargo, la diferencia con el TAE radica en que este incluye preocupaciones por la salud mental, mientras que el TSS se limita a síntomas relacionados con el cuerpo y la preocupación es menor.

Ciertos niveles de ansiedad por la salud pueden considerarse funcionales. Preocuparse por la enfermedad promueve comportamientos de autocuidado, como estar atentos a la presencia de signos o síntomas, tomar precauciones para evitar enfermar o visitar al médico para evaluar el estado objetivo de salud e intervenir si es necesario<sup>2</sup>. Además, en enfermedades como la causada por el SARS-CoV-2, el desconocimiento de las formas de contagio y su fisiopatología, la incertidumbre sobre su curso y su pronóstico, los altos índices de contagios y muertes y la no existencia de vacuna o tratamiento (durante el 2020) hacen que haya más preocupación por enfermar en comparación con enfermedades que no tienen esas características.

La ansiedad por la salud ha sido considerada un mediador de la respuesta psicológica ante la pandemia<sup>4</sup>. Ni el SARS-CoV-2 ni ningún otro virus son estresores negativos por sí mismos. Como estímulo, el

COVID-19 será un estresor para aquellas personas que lo evalúen cognitivamente como estresante, y esta evaluación cognitiva dependerá de ciertos esquemas cognitivos que generan sesgos en la evaluación del estímulo y que son factores causales determinantes en la patogénesis de algunos trastornos mentales como la ansiedad o la depresión. Los esquemas cognitivos son formas de procesar la información y dependen de creencias nucleares; cuando estas creencias son disfuncionales, se produce un procesamiento maladaptativo. Se han descrito varias creencias disfuncionales en la ansiedad por la salud, por ejemplo: sobreestimación de la amenaza, sensibilidad a la ansiedad, intolerancia a la incertidumbre, creencias rígidas sobre la salud, creencias desadaptativas sobre la salud en general, desconfianza en la medicina y creencias sobre la muerte<sup>5</sup>.

Estas creencias refieren a que las enfermedades son más comunes, más fáciles de transmitir y más graves de lo que realmente son; que estar sano requiere estar 100 % libre de síntomas; que las sensaciones físicas asociadas a la excitación ansiosa son peligrosas, que uno está enfermo o es especialmente susceptible de padecer dolencias médicas, entre otras. Cuando este tipo de creencias forma parte de los esquemas cognitivos, es más probable que se presenten sesgos en la evaluación del estímulo y en el procesamiento de la información<sup>6</sup>. Algunos de estos son sesgos atencionales (concentrarse exclusiva y permanentemente en alguna sensación corporal inusual), sesgos de memoria (recordar exclusivamente eventos negativos sobre enfermedades pasadas) y sesgos de interpretación (sobreestimar algún tipo de información); estos son ejemplos de fallos en el procesamiento de la información asociada con la salud que contribuyen a una respuesta psicológica disfuncional<sup>7</sup>.

La ansiedad por la salud se considera un factor de riesgo de la ansiedad por el coronavirus<sup>1</sup>, también denominada como coronafobia<sup>8</sup>, que básicamente es una ansiedad específica para el COVID-19. Esta forma particular de ansiedad ya tiene sus propios instrumentos de medición creados recientemente (la escala de ansiedad del coronavirus<sup>9,10</sup> y la escala de estrés COVID<sup>11</sup>) y se ha demostrado que está fuertemente asociada con altos niveles de depresión, ansiedad generalizada, desesperanza, ideación suicida, deterioro funcional y ansiedad por la muerte<sup>12,13</sup>. Se ha sugerido que los profesionales de la salud y los investigadores deberían prestar

especial atención a la coronafobia, ya que es una manifestación clínica del estrés relacionado con la pandemia que explica los principales indicadores de malestar psicológico<sup>13</sup>.

La elevada ansiedad por la salud en el contexto del COVID-19 tiene consecuencias también para el sistema de salud<sup>4</sup>. Por un lado, las personas pueden considerar las clínicas, hospitales y consultorios médicos como fuentes de contagio y, por tanto, los evitarán. Estos comportamientos tienen efecto sobre la información epidemiológica y dificultan las estrategias de rastreo y seguimiento a los casos confirmados o sospechosos. Contrariamente, otras personas con altos niveles de ansiedad por la salud podrían saturar las consultas y servicios médicos ante la presencia de sensaciones corporales que sobreestiman (exageran) como graves, pues consultarían ante la mínima sensación de malestar. Las personas con altos niveles de ansiedad por la salud suelen ser muy sensibles a la información que circula por los medios de comunicación e Internet<sup>14</sup>. Incluso los rumores o la información no confirmada pueden desencadenar este tipo de comportamiento<sup>15</sup>.

Un reciente metaanálisis demostró que la ansiedad por la salud ha venido aumentando, desde 1985 hasta 2017, en los estudiantes universitarios de países occidentales, especialmente estudiantes de pregrado<sup>16</sup>. Las investigaciones sobre ansiedad por la salud durante la pandemia se han interesado, principalmente, por analizar factores asociados. Se han reportado niveles moderados y altos en estudiantes peruanos de medicina, asociados con el año que cursa en la carrera y el consumo de tabaco<sup>17</sup>. Un estudio en Hungría, también con estudiantes universitarios, reportó altos niveles de ansiedad por la salud, predominantemente en mujeres, que se relacionan con ciertas estrategias de afrontamiento del estrés<sup>18</sup>. Una investigación con población general de Irak reportó una prevalencia del 49,5 % en ansiedad por la salud durante las restricciones sociales por la pandemia<sup>19</sup>; en este mismo estudio se encontró que los niveles más altos estaban asociados con el sexo (mujer) y la edad (grupo entre los 18 y los 24 años). La información epidemiológica actual sugiere que ser mujer, vivir solo y tener una enfermedad crónica son variables asociadas con la ansiedad por la salud<sup>14</sup>.

En 2020, casi todas las universidades en Colombia funcionaron con enseñanza mediada por tecnologías de la información y la comunicación a través de

internet para el trabajo remoto desde casa. El confinamiento social fue una de las medidas más drásticas para controlar los contagios, y obligó a los estudiantes universitarios a adaptarse a una vida académica y social sin interacciones físicas. Esa nueva normalidad del 2020 tuvo consecuencias sobre su salud mental. Varias investigaciones reportaron sintomatología de ansiedad y depresión<sup>20-22</sup>. En el presente estudio se analizó descriptivamente la ansiedad por la salud en una muestra de estudiantes universitarios colombianos en el segundo semestre de 2020, período en el que se presentó el primer pico de la pandemia en Colombia, con el objetivo de determinar su nivel, en general, conocer los aspectos más relevantes de esta problemática y determinar si existían diferencias entre grupos.

Los resultados de este estudio servirán para ampliar la literatura en el área de la psicología de la salud en el contexto de una pandemia y la psicoterapia, especialmente con adultos jóvenes universitarios, quienes son vulnerables a problemas de salud mental. Esta es una de las pocas investigaciones en Latinoamérica. Igualmente, servirá para que las dependencias encargadas del bienestar universitario elaboren programas o actividades dirigidas a atender las problemáticas asociadas con o derivadas de la ansiedad por la salud. La pandemia por el COVID-19 aún está vigente y no hay forma de conocer con certeza cuándo será su final. Como se mencionó, las personas con altos niveles de ansiedad por la salud pueden considerar las clínicas, hospitales y consultorios médicos como fuentes de contagio y, por tanto, los evitarán. Estos comportamientos podrían afectar el curso de la pandemia.

### Materiales y método

Se realizó un estudio cuantitativo, no experimental, de nivel descriptivo (exploratorio) y corte transversal, con el objetivo de analizar la ansiedad por la salud en una muestra de 1004 estudiantes de pregrado de 3 instituciones de educación superior de la ciudad de Medellín. El formulario (consentimiento informado e inventario) fue enviado a 1200 estudiantes. De estos, 196 no fueron incluidos atendiendo el criterio de exclusión o porque no respondieron la solicitud o no la respondieron completamente. Los datos se recogieron a través de formularios en línea (*Google Forms*) enviados a los correos electrónicos de una base de datos de estudiantes de 3 facultades de psicología. Los participantes fueron seleccionados

por conveniencia, es decir, aquellos a los que se tenía acceso a través de la base de datos. El único criterio de inclusión fue que estuvieran matriculados (estudiantes activos). El único criterio de exclusión fue que tuvieran un diagnóstico de trastorno mental realizado por un psicólogo clínico o psiquiatra.

El período de recolección de datos fue durante el segundo semestre de 2020. Los análisis de datos y la elaboración del informe se realizaron al inicio del 2021. Se tuvo en cuenta la Ley 1090 de 2006 (código deontológico y bioético del psicólogo) del Congreso de la República de Colombia y la Resolución 8430 de 1993 (normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud) del Ministerio de Salud. Se obtuvo el consentimiento informado de todos los participantes incluidos en el estudio. El comité de ética de una de las universidades que participaron en el estudio avaló el proyecto.

Se utilizó el inventario breve de ansiedad por la salud, SHA1<sup>23</sup> (validado y analizado psicométricamente en español<sup>24</sup>). Es un inventario compuesto por 18 ítems con respuesta tipo Likert en escala de 0 a 3. La prueba tiene dos factores: el miedo a la enfermedad (Omega de McDonald = 0,796), que tiene 14 ítems relacionados con la probabilidad de enfermarse (preocupación por la salud y seguimiento de los cambios y sensaciones corporales); y el miedo a las consecuencias negativas de enfermarse (Omega de McDonald = 0,703), que tiene 4 ítems para evaluar los pensamientos catastróficos y las consecuencias de tener una enfermedad grave. Se han reportado valores adecuados de fiabilidad y validez para la población colombiana<sup>25</sup>. Para el presente estudio se obtuvieron también coeficientes de confiabilidad adecuados. La información fue sistematizada y analizada utilizando el programa estadístico IBM SPSS v. 25, mediante técnicas univariadas y pruebas de comparación de medias. Adicionalmente, se realizaron pruebas de asociación chi-cuadrado entre las respuestas a los ítems y las variables sociodemográficas para identificar posibles relaciones estadísticamente significativas

### Resultados

La muestra de estudiantes universitarios fue mayoritariamente de adultos jóvenes. La media de la edad fue de 25,05 años (DE = 7,1). La mayoría de los participantes fueron mujeres, de universidad privada, que cursaban entre séptimo y décimo

semestre de la carrera (ver tabla 1). La mayoría de los participantes estaban solteros. En un porcentaje similar, los participantes estudiaban o estudiaban y trabajaban. La mayor parte de ellos no tenía ningún tipo de beca o auxilio económico para sus estudios. Casi todos los estudiantes residían en ciudad o área urbana de municipio diferente a ciudad.

**Tabla 1.** Características sociodemográficas de la muestra

<b>Sexo</b>	<b>Hombre</b>	<b>Mujer</b>	
	24,7 %	75,3 %	
<b>Tipo de institución</b>	<b>Pública</b>	<b>Privada</b>	
	33,6 %	66,33 %	
<b>Semestre</b>	<b>1-3</b>	<b>4-6</b>	<b>7-10</b>
	28,48 %	28,8 %	42,72 %
<b>Estado civil</b>	<b>Soltero(a)</b>	<b>Casado(a)</b>	<b>Otro</b>
	78,98 %	9,56 %	11,46 %
<b>Condición económica</b>	<b>Solo estudiante</b>	<b>Estudiante que trabaja</b>	
	58,97 %	41,03 %	
<b>Beca o auxilio económico</b>	<b>Sí</b>	<b>No</b>	
	22,02 %	77,98 %	
<b>Lugar de residencia</b>	<b>Ciudad</b>	<b>Municipio-urbano</b>	<b>Municipio-rural</b>
	68,22 %	25,51 %	6,27 %

Fuente: autores

La tabla 2 contiene las medidas de resumen para la muestra total, discriminadas por variable, así como las pruebas de comparación de medidas entre los grupos. Debido a que los datos tuvieron una distribución normal en las variables (prueba Kolmogorov-Smirnov), se realizó la prueba t de Student (valor t) para comparar dos grupos y la prueba ANOVA (valor F) para comparar más de dos grupos. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ninguna de las comparaciones entre grupos.

En la tabla 3 se describen los porcentajes para cada una de las opciones de respuesta de los ítems del

instrumento de ansiedad por la salud. Destacan los siguientes ítems: 1. *Preocupación por la salud* (el 39,64 % pasa mucho tiempo o la mayor parte del tiempo preocupándose por su salud); 2. *Consciencia del malestar/dolor* (el 63,3 % es consciente todo el tiempo de los malestares/dolores de su cuerpo o nota más malestar/dolores que la mayoría de personas de su edad); 5. *Miedo de tener una enfermedad grave* (el 20,01 % siempre o frecuentemente tiene miedo de tener una enfermedad grave); 10. *Interés por las sensaciones o cambios corporales* (el 68,92 % siempre o frecuentemente se pregunta qué significan las sensaciones o cambios corporales); 11. *Riesgo de padecer una enfermedad* (el 30,33 % cree que hay un riesgo moderado de desarrollar una enfermedad grave); y 17. *Enfermedad grave y consecuencias sobre la vida* (el 35,75 % considera que una enfermedad grave arruinaría muchos aspectos de su vida).

**Tabla 2.** Medidas de resumen y comparación de medias entre grupos

	<b>M</b>	<b>DE</b>	<b>t / F</b>	<b>p</b>
<b>Total</b>	34,55	7,79		
<b>Sexo</b>			0,242	0,809
Hombre	34,72	7,03		
Mujer	34,50	8,03		
<b>Tipo de institución</b>			-1,68	0,094
Privada	34,28	7,50		
Pública	36,15	9,21		
<b>Condición económica</b>			0,519	0,604
Estudiante que trabaja	34,85	7,70		
Solo estudiante	34,41	7,84		
<b>Estado civil</b>			0,319	0,727
Soltero	34,51	7,67		
Casado	33,86	7,47		
Otro	35,28	8,88		
<b>Semestre</b>			0,621	0,538
1-3	34,44	8,68		
4-6	34,02	7,73		
7-10	35,01	7,41		

Fuente: autores.

**Tabla 3.** Porcentajes para cada opción de respuesta en los ítems del SHA1

<b>Preocupación por la salud</b>			
No me preocupo por mi salud	Ocasionalmente me preocupo por mi salud	Paso mucho tiempo preocupándome por mi salud	Paso la mayor parte del tiempo preocupándome por mi salud
7,07 %	53,28 %	30,08 %	9,56 %
<b>Consciencia del malestar/dolor</b>			
Noto menos malestar/dolores que la mayoría de las personas (de mi edad)	Noto tantos malestares/dolores como la mayoría de personas (de mi edad)	Noto más malestar/dolores que la mayoría de personas (de mi edad)	Soy consciente todo el tiempo de los malestares/dolores de mi cuerpo
27,98 %	25,69 %	23,30 %	23,00 %
<b>Consciencia de las sensaciones o cambios corporales</b>			
Normalmente no soy consciente de las sensaciones o cambios corporales	Algunas veces soy consciente de las sensaciones o cambios corporales	Con frecuencia soy consciente de las sensaciones o cambios corporales	Constantemente soy consciente de las sensaciones o cambios corporales
6,47 %	28,38 %	37,64 %	27,49 %
<b>Control sobre los pensamientos de estar enfermo</b>			
Nunca me resulta un problema resistir a los pensamientos de estar enfermo/a	La mayor parte del tiempo puedo resistir a los pensamientos de estar enfermo/a	Intento resistirme a los pensamientos de estar enfermo/a pero a menudo soy incapaz de hacerlo	Los pensamientos de estar enfermo/a son tan fuertes que ya ni siquiera intento resistirme a ellos
34,16 %	45,21 %	17,03 %	3,58 %
<b>Miedo de tener una enfermedad grave</b>			
Normalmente no tengo miedo de tener una enfermedad grave	Algunas veces tengo miedo de tener una enfermedad grave	Frecuentemente tengo miedo de tener una enfermedad grave	Siempre tengo miedo de tener una enfermedad grave
28,98 %	50,99 %	12,64 %	7,37 %
<b>Imaginarse a sí mismo estando enfermo</b>			
No me imagino a mí mismo/a estando enfermo/a	Ocasionalmente me imagino a mí mismo/a estando enfermo/a	Frecuentemente me imagino a mí mismo/a estando enfermo/a	Constantemente me imagino a mí mismo/a estando enfermo/a
37,35 %	49,60 %	9,86 %	3,18 %
<b>Control sobre los pensamientos sobre la salud propia</b>			
No tengo ninguna dificultad para apartar de mi mente los pensamientos sobre mi salud	Algunas veces tengo dificultad para apartar de mi mente los pensamientos sobre mi salud	Con frecuencia tengo dificultad para apartar de mi mente los pensamientos sobre mi salud	Nada puede apartar de mi mente los pensamientos sobre mi salud
48,20 %	41,03 %	9,56 %	1,19 %
<b>Alivio que le genera la consulta con el médico</b>			
Me siento aliviado/a permanentemente si mi médico me dice que no me pasa nada malo	Al principio me siento aliviado/a si mi médico me dice que no me pasa nada malo pero algunas veces las preocupaciones vuelven	Al principio me siento aliviado/a si mi médico me dice que no me pasa nada malo pero las preocupaciones siempre vuelven más	No me siento aliviado/a si mi médico me dice que no me pasa nada malo
55,67 %	36,15 %	6,47 %	1,69 %
<b>Conocimiento y pensamiento sobre la enfermedad</b>			
Si oigo hablar de una enfermedad, nunca pienso que la tengo	Si oigo hablar de una enfermedad, algunas veces pienso que la tengo	Si oigo hablar de una enfermedad, con frecuencia pienso que la tengo	Si oigo hablar de una enfermedad, siempre pienso que la tengo
48,80 %	43,72 %	6,17 %	1,29 %

<b>Interés por las sensaciones o cambios corporales</b>			
Si tengo una sensación o cambio corporal, rara vez me pregunto qué significa	Si tengo una sensación o cambio corporal, con frecuencia me pregunto qué significa	Si tengo una sensación o cambio corporal, siempre me pregunto qué significa	Si tengo una sensación o cambio corporal, debo saber qué significa
20,81 %	41,73 %	27,19 %	9,66 %
<b>Riesgo de padecer una enfermedad</b>			
Generalmente creo que hay un riesgo muy bajo de desarrollar una enfermedad grave	Generalmente creo que hay un riesgo bajo de desarrollar una enfermedad grave	Generalmente creo que hay un riesgo moderado de desarrollar una enfermedad grave	Generalmente creo que hay un riesgo alto de desarrollar una enfermedad grave
23,00 %	39,74 %	30,37 %	6,27 %
<b>Pensamientos sobre tener una enfermedad grave</b>			
Nunca pienso que tengo una enfermedad grave	Algunas veces pienso que tengo una enfermedad grave	Con frecuencia pienso que tengo una enfermedad grave	Por lo general pienso que estoy gravemente enfermo/a
53,18 %	40,33 %	6,07 %	0,39 %
<b>Sensación corporal e incapacidad de pensar en algo diferente</b>			
Si noto una sensación corporal inexplicable, no me resulta difícil pensar en otras cosas	Si noto una sensación corporal inexplicable, algunas veces me resulta difícil pensar en otras cosas	Si noto una sensación corporal inexplicable, con frecuencia me resulta difícil pensar en otras cosas	Si noto una sensación corporal inexplicable, siempre me resulta difícil pensar en otras cosas
31,67 %	46,11 %	17,82 %	4,28 %
<b>Opinión de familia y amigos sobre preocupación por la salud</b>			
Mi familia/amigos dirían que no me preocupo lo suficiente por mi salud	Mi familia/amigos dirían que tengo una actitud normal hacia mi salud	Mi familia/amigos dirían que me preocupo demasiado por mi salud	Mi familia/amigos dirían que soy un hipocondríaco
28,68 %	54,88 %	13,94 %	2,49 %
<b>Enfermedad grave y disfrutar la vida</b>			
Si tuviera una enfermedad grave, sería completamente incapaz de disfrutar de otras facetas de mi vida	Si tuviera una enfermedad grave, sería casi completamente incapaz de disfrutar de otras facetas de mi vida	Incluso si tuviera una enfermedad grave, sería capaz de disfrutar un poco de otras facetas de mi vida	Incluso si tuviera una enfermedad grave, sería capaz de disfrutar mucho de otras facetas de mi vida
2,29 %	16,33 %	43,32 %	38,04 %
<b>Enfermedad grave y curación</b>			
Si desarrollara una enfermedad grave, no habría probabilidad de que la medicina moderna fuese capaz de curarme	Si desarrollara una enfermedad grave, habría una probabilidad muy baja de que la medicina moderna fuese capaz de curarme	Si desarrollara una enfermedad grave, habría una probabilidad moderada de que la medicina moderna fuese capaz de curarme	Si desarrollara una enfermedad grave, habría una probabilidad alta de que la medicina moderna fuese capaz de curarme
1,39 %	10,06 %	43,12 %	45,41 %
<b>Enfermedad grave y consecuencias sobre la vida</b>			
Una enfermedad grave arruinaría algunos aspectos de mi vida	Una enfermedad grave arruinaría muchos aspectos de mi vida	Una enfermedad grave arruinaría casi todos los aspectos de mi vida	Una enfermedad grave arruinaría todos los aspectos de mi vida
50,00 %	35,75 %	12,15 %	2,09 %
<b>Enfermedad grave y dignidad</b>			
Si tuviera una enfermedad grave, no sentiría que he perdido mi dignidad	Si tuviera una enfermedad grave, sentiría que he perdido un poco de mi dignidad	Si tuviera una enfermedad grave, sentiría que he perdido bastante de mi dignidad	Si tuviera una enfermedad grave, sentiría que he perdido totalmente mi dignidad
63,54 %	30,87 %	4,78 %	0,79 %

Fuente: autores.

En la [tabla 4](#) se muestran los valores de la significancia asintótica bilateral de la prueba de asociación chi-cuadrado entre las respuestas a los ítems y las variables sociodemográficas. Las respuestas a los ítems se clasificaron en dos grupos. En el primero, se agruparon las respuestas con puntuaciones de 0 y de 1, que correspondían a un nivel bajo en el contenido del ítem. En el segundo grupo se agruparon las respuestas con puntuaciones de 2 y 3, que correspondían a un nivel alto en el contenido del ítem. Así, las respuestas a los ítems fueron reclasificadas como “0” o “1”, donde “0” es ausencia del síntoma y “1”, presencia del

síntoma, según el contenido del ítem. Por ejemplo, las respuestas al ítem 1. *Preocupación por la salud* se clasificaron como “0” (ausencia de preocupación) y “1” (presencia de preocupación). Con asterístico se destacan aquellos casos donde se presentó una asociación estadísticamente significativa entre las dos variables. El semestre, el estado civil y si tenían o no beca fueron las variables sociodemográficas que más asociaciones presentaron con algunos de los ítems del instrumento de ansiedad por la salud. Todas las variables sociodemográficas presentaron por lo menos una asociación con alguno de los ítems.

**Tabla 4.** Prueba de asociación chi-cuadrado entre las respuestas a los ítems y las variables sociodemográficas

	Sexo	Tipo institución	Semestre	Estado civil	Condición económica	Beca	Residencia
Ítem 1	0,626	0,340	0,306	0,099	0,663	0,037*	0,547
Ítem 2	< 0,001*	0,951	0,604	0,011*	0,030*	0,686	0,161
Ítem 3	0,556	0,016*	0,639	0,062	0,749	0,260	0,249
Ítem 4	0,155	0,004*	0,442	0,008*	0,083	0,306	0,164
Ítem 5	0,018	0,085	0,010*	0,014*	0,003*	0,041*	0,535
Ítem 6	0,052	0,117	0,091	0,035*	0,095	0,022*	0,167
Ítem 7	0,221	0,433	0,007*	0,125	0,728	0,043*	0,144
Ítem 8	0,067	0,284	0,251	0,449	0,935	0,989	0,055
Ítem 9	0,325	0,049*	0,114	0,187	0,432	0,470	0,544
Ítem 10	0,872	0,441	0,577	0,700	0,298	0,700	0,064
Ítem 11	0,234	0,131	0,046*	0,719	0,286	0,114	0,453
Ítem 12	0,190	0,053	0,288	0,738	0,223	0,253	0,504
Ítem 13	0,364	0,184	0,040*	0,839	0,272	0,260	0,276
Ítem 14	0,944	0,326	0,433	0,167	0,132	0,786	0,043*
Ítem 15	0,859	0,307	0,720	0,824	0,652	0,312	0,396
Ítem 16	0,819	0,188	0,514	0,084	0,147	0,521	0,210
Ítem 17	0,801	0,190	0,656	0,930	0,111	0,329	0,279
Ítem 18	0,022	0,804	0,112	0,756	0,572	0,151	0,711

\* $p < 0,05$

Fuente: autores.

## Discusión

En este estudio se logró analizar la ansiedad por la salud en una amplia muestra de estudiantes universitarios durante el período de aislamiento social en el segundo semestre de 2020 cuando aún no se había desarrollado la vacuna. El primer objetivo fue determinar el nivel de ansiedad por la salud en la muestra, y se pudo establecer que el valor de la media está por encima del

valor reportado por unos estudios<sup>24, 26-28</sup>, pero similar a otros<sup>18, 19</sup>. Como se mencionó, el SHAI tiene dos dimensiones y el alto valor de la media sugiere que, en general, los estudiantes tienen temor a la enfermedad y temor a sus consecuencias negativas. Además, como lo mostraron los análisis de comparación de grupos, estos valores fueron independientes de las características sociodemográficas de los participantes.

El temor a una enfermedad es una emoción normal y puede ser adaptativa porque promueve comportamientos de cuidado. Sin embargo, el temor excesivo a una enfermedad no es normal, y frecuentemente genera consecuencias negativas, tanto a nivel individual (p. ej., evitar los servicios de salud por temer un contagio) como a nivel social (p. ej., desabastecimiento debido a comprar por pánico). De hecho, estudios anteriores han demostrado que el miedo se asocia positivamente con la depresión, la ansiedad, la percepción sobre el potencial infeccioso y la aversión a los gérmenes<sup>29</sup>. La preocupación por la salud y la ansiedad asociadas a las epidemias/pandemias pueden tener un impacto psicológico importante (por ejemplo, aparición de estrés, pensamientos intrusivos negativos y uso de un afrontamiento evitativo), además, pueden estar relacionadas con un comportamiento preventivo ineficaz o desfavorable y tener consecuencias adversas en el largo plazo, como un pesimismo persistente<sup>30</sup>.

En relación con los procesos de interpretación y atribución de las sensaciones corporales, el 68,92 % manifestó que siempre o frecuentemente se preguntaba qué significaban las sensaciones o cambios corporales; es probable que en tiempos de un brote de virus estas sean interpretadas en función del contexto. Estudios previos realizados en pandemias descubrieron que la sobreestimación de la amenaza se asocia con un aumento de la ansiedad por la salud<sup>31</sup>. Se ha reportado que una mayor ansiedad por la salud predice más síntomas similares a los de COVID-19 y media en la asociación de la certeza de estar infectado y la declaración de síntomas similares a los de la enfermedad<sup>32</sup>. Sobre este asunto, cabe resaltar la posibilidad de que las emociones negativas como la ansiedad desencadenen la atención y la sensibilidad de los individuos sobre sus experiencias corporales y, en consecuencia, den lugar a mayor percepción de experiencias fisiológicas como síntomas de una enfermedad; el 63,3 % manifestó ser consciente todo el tiempo de los malestares/dolores de su cuerpo o que notaba más malestar/dolores que la mayoría de personas de su edad. Un aspecto llamativo de los resultados de este estudio es que ser más joven estaba relacionado con más angustia psicológica durante la pandemia, a causa de que la mayor exposición a los medios como las redes sociales generaba mayor preocupación por las sensaciones corporales<sup>33</sup>.

Sobre la afirmación anterior, cabe destacar que el uso de los medios de comunicación puede representar en sí mismo una conducta de búsqueda de seguridad (por ejemplo, revisar si los síntomas son un signo de una infección por virus), y la posible información perturbadora que se puede hallar en estos medios puede desencadenar o reforzar otras conductas de búsqueda de seguridad (por ejemplo, búsquedas excesivas en internet sobre síntomas o visitas al médico)<sup>34</sup>. La búsqueda excesiva en internet relacionada con la salud y asociada con la ansiedad es un comportamiento común que puede influir en el inicio y mantenimiento de las preocupaciones y, sobre todo, de la ansiedad por la salud<sup>35</sup>. Un estudio examinó el sesgo atencional para estímulos relacionados con los virus en personas que varían en su grado de ansiedad por la salud, y los resultados pusieron de manifiesto que este tipo de ansiedad predice directamente el sesgo atencional hacia los estímulos relacionados con el virus<sup>36</sup>. Se destacó que la creencia de contagio no parece tener un impacto directo en el sesgo atencional, sino a través de la influencia percibida de las consecuencias del contagio.

De acuerdo con los resultados del presente estudio, casi un 40 % de los estudiantes pasa mucho tiempo o la mayor parte del tiempo preocupándose por su salud. Esta preocupación puede propiciar la búsqueda excesiva en internet. Como se dijo, las personas con altos niveles de ansiedad por la salud tienden a presentar sesgos de interpretación que pueden llevarlos a sobreestimar algún tipo de información asociada con la enfermedad. Los sesgos atencionales y de interpretación producen fallos en el procesamiento de la información asociada con la salud y contribuyen a una respuesta psicológica disfuncional que genera estrés y depresión.

En la misma línea de estos hallazgos, se reportó que la ansiedad generada por la consciencia de los cambios corporales durante el período de COVID-19 propició la instauración de creencias disfuncionales sobre la salud y la enfermedad, además del empleo de estrategias de afrontamiento disfuncionales<sup>4</sup>. A pesar de que el uso de conductas de cuidado personal como acudir al centro médico en caso de sospecha de síntomas, lavarse las manos con frecuencia y abstenerse de estar en espacios de alta concurrencia fueron el resultado de las recomendaciones dadas por organizaciones de la salud, las personas que

experimentaban altos niveles de ansiedad por la salud llevaron muchas de estas conductas al extremo, incrementando con ello el inicio y mantenimiento de trastornos psicológicos como el pánico<sup>37</sup>.

Se ha encontrado que, para los casos sospechosos de COVID-19, el desarrollo de síntomas obsesivo-compulsivos fue una consecuencia de la ansiedad relacionada con su estado de salud<sup>38</sup>. Además, los pacientes con ansiedad generalizada presentaron mayor ansiedad por la salud. En consecuencia, fueron más propensos a confundir los sentimientos normales con los síntomas del COVID, generando aún más ansiedad y angustia. Si bien las anticipaciones ansiógenas soportadas por sistemas de creencias negativas sobre la salud evidentemente tienen consecuencias negativas para el sujeto, un bajo nivel de ansiedad por la salud también podría ser muy perjudicial, en tanto que impide una valoración realista de la gravedad que representa el no cumplimiento de las recomendaciones de salubridad pública y de distanciamiento social. Utilizando la escala de estrés COVID, desarrollada por los mismos autores para valorar síntomas de estrés y ansiedad, detectaron cinco factores: peligro y contaminación, temores sobre las consecuencias económicas, xenofobia relacionada con el coronavirus, comprobación compulsiva y búsqueda de seguridad y síntomas de estrés traumático<sup>11</sup>.

Sin duda, una de las principales preocupaciones que generaba ansiedad ante el coronavirus era la posibilidad del contagio y el peligro que este representaba; el 39,64 % de los estudiantes pasaba mucho tiempo o la mayor parte del tiempo preocupándose por su salud. En el segundo semestre de 2020 aún no había vacuna ni tratamiento y no se conocía cuál era su fisiopatología ni qué personas eran más vulnerables a la enfermedad grave y a la muerte tras el contagio; el 20,01 % siempre o frecuentemente tuvo miedo de tener una enfermedad grave. Las víctimas mortales de la enfermedad incluían tanto a bebés, niños, adolescentes, adultos y ancianos, y no siempre había una preexistencia médica que explicara los decesos. Muchas personas se sentían ansiosas y estresadas ante la posibilidad de contagiarse, pues esto podría derivar en hospitalización en una unidad de cuidados intensivos o en la muerte; el 30,33 % creía que había un riesgo moderado de desarrollar una enfermedad grave.

Ahora bien, la enfermedad grave o la muerte no eran las únicas consecuencias negativas de la enfermedad; el 35,75 % consideraba que una enfermedad grave arruinaría muchos aspectos de su vida. Las consecuencias económicas, derivadas de la desestabilización laboral, o las académicas, derivadas de los ajustes a las metodologías de enseñanza y aprendizaje, también fueron estresores que generaron ansiedad por la salud en los estudiantes universitarios. Se ha sugerido que una de las variables psicológicas que predice el temor a la enfermedad y a sus consecuencias es la intolerancia ante la incertidumbre<sup>3,29</sup>. Esta se define como la incapacidad de un individuo para tolerar una respuesta aversiva que se produce por la percepción de ausencia de información clave o suficiente. El clima de inseguridad laboral y variabilidad académica durante la pandemia seguramente generó preocupación por el futuro y ansiedad por la salud, particularmente en aquellos estudiantes con intolerancia a la incertidumbre<sup>39</sup>.

Respecto a los análisis de asociación entre las respuestas a los ítems y las variables sociodemográficas, se encontró una relación entre el sexo y el ítem 2 (consciencia del malestar/dolor). Los resultados mostraron que ser consciente del malestar/dolor estaba asociado con el sexo femenino. Las investigaciones demuestran sistemáticamente que la prevalencia del dolor es mayor entre las mujeres que entre los hombres en el dolor clínico y también en la respuesta al dolor inducido experimentalmente<sup>40</sup>. Se ha sugerido que las diferencias en la distribución de las hormonas sexuales y sus receptores en áreas del sistema nervioso periférico y central, asociadas a la transmisión nociceptiva, podrían explicar la mayor sensibilidad en las mujeres<sup>41</sup>. Igualmente, se ha afirmado que las estrategias de afrontamiento ante el dolor y los roles de género pueden explicar esta diferencia, ya que las mujeres catastrofizan más los eventos (ampliación y rumiación de la información relacionada con el dolor)<sup>42</sup>.

Aunque se encontraron otras asociaciones entre el tipo de institución (pública o privada), el semestre (inicial, intermedio, final), el estado civil (soltero, casado, otro), la condición económica (solo estudiante o estudiante que trabaja), el tener o no beca, el lugar de residencia (urbano o rural) y las respuestas a algunos de los ítems del instrumento, resulta difícil explicar estas relaciones una por

una. Quizás lo más importante sea destacar que algunos aspectos de la ansiedad por la salud no son completamente independientes de ciertas variables sociodemográficas. Varios estudios durante la pandemia han corroborado que algunas de estas variables, como la edad, el sexo y el estado civil, se asocian con alteraciones emocionales<sup>43</sup>.

Se deben considerar como limitaciones el tipo de muestreo y la población. Los muestreos por conveniencia pueden sesgarse por la disponibilidad de los participantes. Al ser estudiantes de psicología, es probable que los hallazgos no se puedan generalizar. Sin embargo, una muestra de más de mil personas es muy relevante y, como estudio exploratorio, resulta significativa. Además, es uno de los primeros aportes a la literatura en español en el área de la psicología de la salud en el contexto de una pandemia. Futuras investigaciones deberán realizar un muestreo estratificado por semestres e incluir estudiantes de diferentes áreas del conocimiento.

### Conclusiones

Este es uno de los pocos estudios que ha analizado la ansiedad por la salud durante el aislamiento social generado por la pandemia del COVID-19, y debe considerarse como un análisis exploratorio. Se encontró que los niveles de esta variable estaban por encima de los reportados en otros estudios, lo que implica que, en general, los estudiantes tienen temor a la enfermedad y temor a sus consecuencias negativas. Además, los análisis de comparación de medias entre los grupos revelaron que estos valores fueron independientes de las características sociodemográficas de los participantes. Sin embargo, las pruebas de asociación entre las respuestas a los ítems y las variables sociodemográficas mostraron que sí existen algunas relaciones. Se pudo constatar que los participantes pasan mucho tiempo preocupándose por su salud, son conscientes todo el tiempo de los malestares/dolores de su cuerpo, frecuentemente tienen miedo de tener una enfermedad grave, frecuentemente se preguntan que significan las sensaciones o cambios corporales, creen que hay un riesgo moderado de desarrollar una enfermedad grave y consideran que una enfermedad grave arruinaría muchos aspectos de su vida.

### Financiación

Ninguna

### Conflicto de intereses

Ninguno

### Referencias bibliográficas

1. 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.* 2020;73:1-9.
2. Sauer KS, Jungmann SM, Witthöft M. Emotional and Behavioral Consequences of the COVID-19 Pandemic: The Role of Health Anxiety, Intolerance of Uncertainty, and Distress (In) Tolerance. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(19):2-18.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* 5th ed. London: American Psychiatric Publishing; 2013.
4. Asmundson GJG, Taylor S. How health anxiety influences responses to viral outbreaks like COVID-19: What all decision-makers, health authorities, and health care professionals need to know. *J Anxiety Disord.* 2020;71:1-2.
5. Abramowitz JS, Braddock AE. *Hypochondriasis and Health Anxiety.* Cambridge, USA: Hogrefe Publishing; 2011.
6. Rachman S. Health anxiety disorders: a cognitive construal. *Behav Res Ther.* 2012;50(7-8):502-512.
7. Witthöft M, Kerstner T, Ofer J, Mier D, Rist F, Diener C, et al. Cognitive biases in pathological health anxiety: the contribution of attention, memory, and evaluation processes. *Clin Psychol Sci.* 2016;4(3):464-479.
8. Asmundson GJG, Taylor S. Coronaphobia: Fear and the 2019-nCoV outbreak. *J Anxiety Disord.* 2020;70:1-2.
9. Lee SA. Coronavirus Anxiety Scale: A brief mental health screener for COVID-19 related anxiety. *Death Stud.* 2020;44(7):393-401.
10. Lee SA, Mathis AA, Jobe MC, Pappalardo EA. Clinically significant fear and anxiety of COVID-19: A psychometric examination of the Coronavirus Anxiety Scale. *Psychiatry Res.* 2020;290:1-7.
11. Taylor S, Landry CA, Paluszek MM, Fergus TA,

- McKay D, Asmundson GJG. Development and initial validation of the COVID Stress Scales. *J Anxiety Disord.* 2020;72:1-7.
12. Lee SA, Jobe MC, Mathis AA. Mental health characteristics associated with dysfunctional coronavirus anxiety. *Psychol Med.* 2021;51(8):1403-1404.
  13. Lee SA, Jobe MC, Mathis AA, Gibbons JA. Incremental validity of coronaphobia: Coronavirus anxiety explains depression, generalized anxiety, and death anxiety. *J Anxiety Disord.* 2020;74:1-4.
  14. Kurcer MA, Erdogan Z, Kardes V. The effect of the COVID-19 pandemic on health anxiety and cyberchondria levels of university students. *Perspect Psychiatr Care.* 2022;58(1):132-140.
  15. McDonnell WM, Nelson DS, Schunk JE. Should we fear “flu fear” itself? Effects of H1N1 influenza fear on ED use. *Am J Emerg Med.* 2012;30(2):275-282.
  16. Koscic A, Lindholm P, Järholm K, Hedman-Lagerlöf E, Axelsson E. Three decades of increase in health anxiety: Systematic review and meta-analysis of birth cohort changes in university student samples from 1985 to 2017. *J Anxiety Disord.* 2020;71:1-12.
  17. Robles-Mariños R, Angeles AI, Alvarado GF. Factores asociados con la ansiedad por la salud en estudiantes de Medicina de una universidad privada en Lima, Perú. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2022;51(2):89-98.
  18. Garbóczy S, Szemán-Nagy A, Ahmad MS, Harsányi S, Ocsenás D, Rekenyi V, et al. Health anxiety, perceived stress, and coping styles in the shadow of the COVID-19. *BMC Psychol.* 2021;9(1):1-13.
  19. Karim SK, Taha PH, Amin NMM, Ahmed HS, Yousif MK, Hallumy AM. COVID-19-related anxiety disorder in Iraq during the pandemic: an online cross-sectional study. *Middle East Curr Psychiatry.* 2020;27(1):1-9.
  20. Wang X, Hegde S, Son C, Keller B, Smith A, Sasangohar F. Investigating Mental Health of US College Students During the COVID-19 Pandemic: Cross-Sectional Survey Study. *J Med Internet Res.* 2020;22(9):e22817.
  21. Wathélet M, Duhem S, Vaiva G, Baubet T, Habran E, Veerapa E, et al. Factors Associated With Mental Health Disorders Among University Students in France Confined During the COVID-19 Pandemic. *JAMA New Open.* 2020;3(10):1-13.
  22. Son C, Hegde S, Smith A, Wang X, Sasangohar F. Effects of COVID-19 on College Students’ Mental Health in the United States: Interview Survey Study. *J Med Internet Res.* 2020;22(9):e21279.
  23. Salkovskis PM, Rimes KA, Warwick HM, Clark DM. The Health Anxiety Inventory: development and validation of scales for the measurement of health anxiety and hypochondriasis. *Psychol Med.* 2002;32(5):843-853.
  24. Arnáez S, García-Soriano G, López-Santiago J, Belloch A. The Spanish validation of the Short Health Anxiety Inventory: Psychometric properties and clinical utility. *Int J Clin Health Psychol.* 2019;19(3):251-260.
  25. García-Roncillo P, García-Montaña E, Espada J, Gómez-Lugo M, Morales A, Niebles-Charris J, et al. Psychometric Properties of the Colombian Version of the HIV Attitudes Scale for Adolescents. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(13):1-16.
  26. Abramowitz JS, Deacon BJ, Valentiner DP. The Short Health Anxiety Inventory: Psychometric Properties and Construct Validity in a Non-clinical Sample. *Cognit Ther Res.* 2007;31(6):871-883.
  27. Kocjan J. Short Health Anxiety Inventory (SHAI)-Polish version: Evaluation of psychometric properties and factor structure. *Arch Psychiatry Psychother.* 2016;18(3):68-78.
  28. Alshayea AK. Latent structure, measurement invariance, and reliability of an Arabic version of the Short Health Anxiety Inventory. *J Exp Psychopathol.* 2020;11(2):1-15.
  29. Ahorsu DK, Lin CY, Imani V, Saffari M, Griffiths MD, Pakpour AH. The Fear of COVID-19 Scale: Development and Initial Validation. *Int J Ment Health Addict.* 2022;20(3):1537-1545.
  30. Wang C, Riyu P, Xiaoyang W, Yilin T, Linkang X, Cyrus SH, et al. Immediate Psychological Responses and Associated Factors during the Initial Stage of the 2019 Coronavirus Disease (COVID-19) Epidemic among the General Population in China. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(5):1-25.
  31. Blakey SM, Abramowitz JS. Psychological Predictors of Health Anxiety in Response to the Zika Virus. *J Clin Psychol Med Settings.* 2017;24(3-4):270-278.
  32. Daniali H, Flaten MA. Experiencing COVID-19 symptoms without the disease: The role of placebo in reporting of symptoms. *Scand J Public Health.* 2021;50(1):61-69.
  33. Mertens G, Gerritsen L, Duijndam S, Salemink E, Engelhard IM. Fear of the coronavirus (COVID-19): Predictors in an online study conducted in March

2020. *J Anxiety Disord.* 2020;74:1-8.
34. Garfin DR, Silver RC, Holman EA. The novel coronavirus (COVID-2019) outbreak: Amplification of public health consequences by media exposure. *Health Psychol.* 2020;39(5):355–357.
35. Brown RJ, Skelly N, Chew-Graham CA. Online health research and health anxiety: A systematic review and conceptual integration. *Clin. Psychol.: Sci. Pract.* 2020;27(2):1-19.
36. Cannito L, Di Crosta A, Palumbo R, Ceccato I, Anzani S, La Malva P, et al. Health anxiety and attentional bias toward virus-related stimuli during the COVID-19 pandemic. *Sci. Rep.* 2020;10(1):1–8.
37. Ramírez-Ortiz J, Castro-Quintero D, Lerma-Córdoba C, Yela-Ceballos F, Escobar-Córdoba F. Mental health consequences of the COVID-19 pandemic associated with social isolation. *Colomb. J. Anesthesiol.* 2020;48(4):2-7.
38. Dubey S, Biswas P, Ghosh R, Chatterjee S, Jana Dubey M, Chatterjee S. Psychosocial impact of COVID-19. *Diabetes Metab Syndr.* 2020;14(5):779-788.
39. Carleton RN. Into the unknown: A review and synthesis of contemporary models involving uncertainty. *J Anxiety Disord.* 2016;39:30-43.
40. Bartley EJ, Fillingim RB. Sex differences in pain: a brief review of clinical and experimental findings. *Br J Anaesth.* 2013; 111(1):52-58.
41. Craft RM. Modulation of pain by estrogens. *Pain.* 2007; 132 Suppl 1:S3-S12.
42. Sullivan MJ, Thorn B, Haythornthwaite JA, Keefe F, Martin M, Bradley LA, Lefebvre JC. Theoretical perspectives on the relation between catastrophizing and pain. *Clin J Pain.* 2001; 17(1):52–64.
43. Cheah YK, Azahadi M, Phang SN, Abd Manaf NH. Sociodemographic, Lifestyle, and Health Factors Associated With Depression and Generalized Anxiety Disorder Among Malaysian Adults. *J Prim Care Community Health.* 2020;11:1.8.